

**Univerzita Karlova v Praze  
1. lékařská fakulta**

Studijní program: Ošetřovatelství  
Studijní obor: Všeobecná sestra



**Michaela Dvořáková**

Využití principů a postupů paliativní péče v ošetřovatelské praxi

Using the principles and practices of palliative care in nursing practice

Bakalářská práce

Vedoucí závěrečné práce: Mgr. Eva Marková, Ph.D.

Praha, 2014

**Prohlášení:**

Prohlašuji, že jsem závěrečnou práci zpracovala samostatně a že jsem řádně uvedla a citovala všechny použité prameny a literaturu. Současně prohlašuji, že práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

Souhlasím s trvalým uložením elektronické verze mé práce v databázi systému meziuniverzitního projektu Theses.cz za účelem soustavné kontroly podobnosti kvalifikačních prací

V Praze, 17.4.2014

MICHAELA DVOŘÁKOVÁ

**Identifikační záznam:**

DVOŘÁKOVÁ, Michaela. *Využití principů a postupů paliativní péče v ošetrovatelské praxi*, Using the principles and practices of palliative care in nursing practice. Praha, 2013. 63 s., 5 příloh. Bakalářská práce (Bc). Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta, Ústav teorie a praxe ošetrovatelství. Vedoucí práce Marková, Eva

### **Poděkování**

Ráda bych poděkovala vedoucí své bakalářské práce paní Mgr. Evě Markové Ph.D. za cenné rady, připomínky a nápady při sepsání bakalářské práce. Velmi si cením její trpělivosti a ochoty při zodpovídání mých dotazů a času, který mé práci věnovala. Také mé poděkování patří Mgr. Janě Marsové, první vedoucí mé práce.

Dále bych chtěla poděkovat své rodině a svému příteli, kteří mi byli velkou psychickou oporou. Velký dík patří také panu J., který byl ochoten se mnou bakalářskou práci napsat, a jeho družce.

Všem velmi děkuji.

## **Abstrakt**

Bakalářská práce se zabývá využitím principů a postupů paliativní péče v ošetrovatelské praxi. Práce je teoreticko- empirická. Teoretická část je členěna do čtyř kapitol. V teoretické části je popsána paliativní péče- její definice, principy a cíle. Je zde také popsán hospic a hospicové hnutí, jeho vznik a vývoj v ČR a ve světě. Dále se práce zabývá pojmy smrt a umírání a dřívějším a současným pohledem na ni. Poslední kapitola teoretické je věnována nevyléčitelně nemocnému. V této kapitole je popsáno 5 fází přijetí nevyléčitelné nemoci dle Elizabeth- Kübler Rossové, a dále popis a řešení nejčastějších obtíží nevyléčitelně nemocných. Empirická část má za cíl pomocí zjistit, jak jsou principy a postupy dodržovány v praxi. Pro zjištění tohoto cíle byla zvolena případová studie jednoho klienta v hospici a pozorování péče o klienta. U tohoto pacienta byla pozorována péče o něj a přístup personálu hospice. V práci se nachází podrobný popis případu. Bylo zjištěno, že paliativní péče v hospici se shoduje s principy a postupy které uvádí odborná literatura jako důležité pro paliativní péči.

Klíčová slova: paliativní péče, smrt, umírání, hospic, případová studie

## **Abstract**

The bachelor thesis deals with the use of the principles and procedures of palliative care in nursing practice . The work is theoretical and empirical. The theoretical part is divided into four chapters. The theoretical part describes the definition, principles and goals of palliative care. The work also describes origin and development of the hospice and hospice movement in the Czech Republic and in the world. Furthermore, the work deals with previous and current view of the death and dying. The last chapter of teoretical part is devoted to terminally ill. This chapter describes the five stage of adoption incurable diseases by Elizabeth Kübler - Ross and a description of the most common problems and solutions of terminally ills . The empirical part aims to determine how are the principles and procedures followed in practice. To essure this objective was chosen the case study of one client in the hospice. This patient was observed to care for it and access hospice staff. The work gives the detailed description of the case. It was found that palliative care in the hospice is consistent with important principles and procedures of palliative care reported in the literature.

Key words: palliative care, death, dying, hospice, case study

## OBSAH

Úvod.....	9
1 Paliativní péče .....	10
1.1 Principy a cíle paliativní péče .....	11
1.2 Dělení paliativní péče .....	12
2 Hospic a hospicové hnutí .....	14
2.1 Hospic .....	14
2.2 Hospicové hnutí a paliativní péče ve světě .....	14
2.3 Hospicové hnutí a paliativní péče v ČR.....	16
3 Umírání a smrt .....	19
3.1 Pojem umírání.....	19
3.2 Pojem smrt .....	21
3.3 Smrt a umírání dříve a dnes .....	22
4 Nevyléčitelně nemocný a umírající člověk.....	25
4.1 Přijetí nevyléčitelné nemoci dle Elizabeth Kúbler -Rossové.....	25
4.2 Nejčastější symptomy a problémy nevyléčitelně nemocných a umírajících pacientů .....	27
5 Stanovení cíle práce .....	37
6 Výběr případu .....	38
7 Použité metody sběru dat a průběh realizace .....	39
8 Podrobná charakteristika subjektu kasuistiky .....	40
8.1 Identifikační údaje o nemocném: .....	40
8.2 Lékařská anamnéza .....	40
8.3 Diagnostické metody .....	41
8.4 Terapie.....	41
8.5 Ošetrovatelská péče.....	42
8.4.1 Fyziologické potřeby.....	42
8.5.2 Existencionální potřeby.....	47
8.5.4 Potřeby sebepojetí a sebeúcty .....	50
8.5.5 Potřeby Být .....	51
8.5 Pozorování zdravotnického týmu .....	51
9 Shrnutí případu a zodpovězení otázek .....	53
10 Diskuse.....	54
11 Závěr .....	55
Seznam použité literatury a informnačních zdrojů .....	57

Seznam zkratek .....	61
Seznam cizích pojmů .....	62
Seznam příloh.....	63



## Úvod

Tématem bakalářské práce je paliativní péče. Toto téma jsem si zvolila proto, že ve svojí rodině jsem se setkala s nevléčitelně nemocnými a vím jak je těžká péče o tyto nemocné a jaké problémy přináší nepoučeným lidem. Lidská povaha má zřejmě problém smířit se s faktem „nevléčitelná nemoc“, případně smrt. Pro mnoho lidí je pojem nevléčitelná nemoc a smrt velice abstraktní a v „podstatě se jich to netýká“. Paliativní péče bude nabývat v civilizované společnosti na významu z důvodu prodlužování lidského věku. Doufám, že mi zpracování této problematiky pomůže lépe porozumět pacientům a tím se vyvaruji chyb v komunikaci s nimi.

Cílem bakalářské práce je zjistit, jak se v praxi uplatňují zásady a postupy paliativní péče ve vybraném konkrétním zařízení, které je na paliativní péči specializováno.

V bakalářské práci nejprve charakterizují paliativní péči na základě prostudování literatury, nejčastější symptomy pacientů v paliativní péči a zabývám se tématem smrti a umírání. V další části práce uvádím deskriptivní případovou studii, jejímž cílem je podat co nejkomplexnější popis hospicové péče o pacienta jak z pohledu sestry, tak zejména z pohledu pacienta, který tuto péči přijímá.

## 1 Paliativní péče

Paliativní péče se řadí k moderním a rychle se rozvíjejícím typům péče, která se zabývá komplexní péčí o pacienty s těžkým, nevléčitelným a nebo chronickým onemocněním. Jedná se o aktivní typ péče, který je poskytován pacientům v pokročilé či terminální fázi nevléčitelného onemocnění (Sláma et al., 2007, s. 25).

Jelikož věda v oblasti medicíny a dalších přidružených oborů stále postupuje vpřed a přinesla mnoho objevů vedoucích mimo jiné i k prodloužení délky života, je téměř jisté, že většina lidí se dříve či později s nějakým chronickým či nevléčitelným onemocněním setká.

Dle *Standardů paliativní péče 2013* jsou za onemocnění, která vyžadují v pokročilých stádiích paliativní péči považována: onkologická onemocnění, konečná stadia orgánových onemocnění (srdce, plic, jater a ledvin), neurodegenerativním onemocnění, polymorbidní geriatričtí pacienti, pacienti ve vegetativním perzistujícím stavu, kriticky nemocní s nevratným multiorganovým selháním v prostředí intenzivní péče či AIDS (Sláma et al. 2013, s. 6).

Vorlíček et al. (2004, s.17) uvádějí, že „*současná medicína není u těchto nemocí schopna pacientům nabídnout kurativní léčbu. Neumíme dosáhnout úplného vyléčení a pacienti jsou v tomto smyslu „nevléčitelní“*“. Pacientům je možné prodloužit a hlavně zkvalitnit život tím, že budou zmírňovány symptomy, které doprovázejí jejich nemoc. Zmírňováním symptomů provázejících nevléčitelná onemocnění je hlavní disciplínou kterou se paliativní péče zabývá.

Payneová et al. (2007, s. 257) se k paliativní péči vyjadřuje takto: „*Mocným podnětem pro paliativní péči byla snaha zmírnit symptomy a problémy, které doprovázely smrtelné choroby a byly součástí procesu umírání*“.

Existuje mnoho definic paliativní péče, které vyjadřují, že je paliativní péče orientovaná na prevenci a zmírnění utrpení a měla by být poskytována pacientům, kteří ji potřebují.

Světová zdravotnické organizace (WHO) definuje paliativní péči jako „*přístup, který prostřednictvím prevence a zmírňování utrpení, díky včasné identifikaci a bezchybné diagnostice bolesti a jiných fyzických, psychosociálních a duchovních problémů a jejich zvládáním zvyšuje kvalitu života pacientů a jejich rodin, čelících problémům spojených s život ohrožující nemocí*“ (Sepulveda, 2002, s. 94).

Z této definice vyplývá, že se paliativní péče nezabývá pouze somatickými obtížemi, ale i neméně důležitými psychosociálními a duchovními faktory

ovlivňujícími kvalitu života jedince. Je důležité zdůraznit, že paliativní péče pomáhá nejen pacientům, ale i rodinným příslušníkům.

Definice dle O'Connor et al. (2005, s. 15) uvádí, že „*paliativní péče je profesionální, holistická a interdisciplinární a má být poskytována všem umírajícím pacientům bez ohledu na diagnózu či typ zdravotnického zařízení. Jde o kontinuální péči – od všeobecného přístupu až po specializovanou disciplínu*“.

Zde je vyzdvížena myšlenka, že paliativní péče by měla být poskytována ve všech zdravotnických zařízeních a všem pacientům v pokročilém a konečném stádiu onemocnění.

### 1.1 Principy a cíle paliativní péče

O'Connor et.al (2005, s. 15) uvádí, že „*dříve se paliativní péče poskytovala až ve stádiu umírání, dnes se začíná poskytovat dříve. Zároveň se z ní stal multidisciplinární obor, ve kterém dochází k interakcím s dalšími součástmi zdravotnického týmu. Ať už je paliativní péče poskytována kdekoliv, je založena na následujících hodnotách a principech:*

- zachování důstojnosti pacienta a jeho rodiny,
- účastné péči o pacienta a jeho rodinu,
- rovnoprávnosti v přístupu k paliativní péči,
- úctě k pacientovi, jeho rodině a pečovateli,
- obhajobě vyjádřených přání pacienta, rodiny, komunit,
- snaze o dosahování výjimečné úrovně při poskytování péče a podpory,
- odpovědnosti pacientovi, rodině a širší komunitě“

Dle Haškovcové (2007, s. 41) by tedy paliativní péče měla být zahájena v případě, že kurativní terapie, tzn. terapie zaměřená na vyléčení, již nepřináší nemocnému prospěch.

Principy, které uvádí O'Connor, Aranda se však liší od principů uvedených v dokumentu *Recommendation Rec (2003) 24 of the Committee of Ministers to member states on the organisation of palliative care* (2003, s. 29). Zde jsou principy stanovené Světovou zdravotnickou organizací (WHO) v roce 2002, dle kterých paliativní péče:

- poskytuje úlevu od bolesti a dalších symptomů
- podporuje život, avšak pohlíží na umírání jako na přirozený proces
- neusiluje ani o urychlení ani o oddálení smrti
- integruje psychologické a duchovní aspekty péče o pacienta

- nabízí systém podpory pacientům, který jim umožňuje žít co nejaktivněji až do smrti
- nabízí systém podpory, který rodině umožňuje zvládat období pacientovy nemoci a období zármutku
- používá týmový přístup k řešení potřeb pacientů a jejich rodin, včetně poradenství v období zármutku
- zlepšuje kvalitu života a může také pozitivně ovlivnit průběh onemocnění
- je použitelná v raném stádiu nemoci, ve spojení s řadou jiných způsobů léčby, které jsou určeny k prodloužení života např. chemoterapie

Z výše uvedených principů vyplývá, že hlavním cílem paliativní péče je udržení dobré kvality života pacienta a jeho rodiny. Paliativní péče provádí komplexní péči, která předchází a zmírňuje všechny aspekty utrpení nemocného způsobené nevléčitelnou nemocí v období *pre finem*, *in finem* a *post finem* (viz kapitola 3)(*Co je paliativní léčba, péče a medicína?*, 2010). Do komplexní péče o nemocného je, kromě fyzického aspektu, začleněn i aspekt psychologický, sociální a duchovní a kulturní (Sláma et al., 2013, s. 11-14).

Paliativní péče je oborem multidisciplinárním, což znamená, že na péči o pacienta a jeho rodinu se podílí celá řada odborníků různých profesí jako jsou např. psycholog, onkolog, internista, pastorační pracovník, zdravotní sestry, ošetřovatelé, nutriční terapeut a mnoho dalších, neméně důležitých profesí. Protože každý obor medicíny se setkává s nevléčitelnými a umírajícími lidmi, měl by mít dle Haškovcové (2007, s. 41) „rozpracovánu svoji strategii paliativní péče, protože žádný obor se nemůže vyvázat z péče o umírající“.

S principy stanovené WHO se také shodují principy uvedené ve *Standardech paliativní péče 2013* vydaných Českou společností paliativní medicíny v roce 2013.

## 1.2 Dělení paliativní péče

V současnosti jsou v ČR uváděny dva typy dělení paliativní péče. *Standardy paliativní péče 2013* dělí paliativní péči na obecnou a specializovanou (Sláma et. al, 2013, s. 6).

Obecná paliativní péče by měla být poskytována každým zdravotnickým zařízením (Marková, 2010, s. 20). Měli by ji umět poskytnout všichni zdravotničtí pracovníci s ohledem na specifika své odbornosti. Základem je sledování,

vyhledávání a včasné rozpoznání toho, co je důležité pro kvalitu pacientova života. K obecné paliativní péči patří hlavně respekt k pacientově autonomii, léčba bolesti a dalších symptomů doprovázejících pacientovo onemocnění, citlivost a empatická komunikace s pacientem i jeho rodinou, doporučení k dalším specialistům nebo zajištění domácí ošetrovatelské péče (Sláma et al., 2013, s. 6).

K obecné paliativní péči lze zařadit i paliativní přístup, který definuje O'Connor et al. (2005, s.15): „*Paliativní přístup představuje sadu základních znalostí a dovedností, které mohou použít všichni zdravotničtí pracovníci, jež se starají o pacienty s život-ohrožujícím či terminálním onemocněním.*“ Dle Radbrucha et al. (2009, s. 26) je paliativní přístup cestou, jak zakomponovat metody postupy paliativní péče do prostředí, jejichž hlavní specializací není poskytování paliativní péče.

Specializovaná paliativní péče je aktivní mezioborová péče poskytovaná pacientům a jejich rodinám týmem odborníků. Je to multidisciplinární tým, mezi jehož členy patří, jak bylo uvedeno v kap. 1.1: lékař, zdravotní sestry, sociální pracovník, psycholog, fyzioterapeut, pastor, dobrovolníci a další odborníci, jejichž péče je nepostradatelná pro konkrétního pacienta. Členové týmu jsou v problematice paliativní péče náležitě vyškoleni a mají potřebné zkušenosti pro její poskytování. Poskytování paliativní péče je hlavní pracovní náplní multidisciplinárního týmu, ať se jedná o péči doma, v nemocnici či jiném specializovaném zařízení (Sláma et al. 2004, s. 24).

Mezi formy specializované paliativní péče poskytované na území ČR se řadí: mobilní paliativní péči (domácí hospic), lůžkový hospic, oddělení paliativní péče, specializovaná ambulance paliativní péče. V zahraničí jsou dále rozšířeny konziliární týmy paliativní péče v rámci zdravotnického zařízení, denní stacionáře paliativní péče, zvláštní zařízení specializované paliativní péče např. specializované poradny, tísňové linky (Sláma et al., 2013, s. 7).

## 2 Hospic a hospicové hnutí

Posláním hospicového hnutí je dojít pokojného konce života nemocného a pomoci rodině vyrovnat se se ztrátou svého blízkého. Činí tak pomocí poskytování odborné paliativní péče a symptomatické léčby. Nejedná se přitom pouze o fyzickou pomoc, ale především o psychickou, sociální a spirituální, což je mnohdy důležitější.

Dle Svatošové (2011, s. 115) „*myšlenka hospice vychází z úcty k člověku jako jedinečné a neopakovatelné bytosti. Garantuje nemocnému, že nebude trpět nesnesitelnou bolestí, v každé situaci bude respektována jeho lidská důstojnost a v posledních chvílích života nezůstane osamocen*“.

### 2.1 Hospic

Hospic je lůžkové zařízení, kde je poskytována specializovaná paliativní péče hlavně pacientům, u kterých lze předpokládat, že vývoj jejich nemoci povede v dohledné době ke smrti. Pokud to dovolí lůžková kapacita hospice mohou být přijímáni pacienti i dříve, po rozhodnutí lékařem hospice (Svatošová, 2011, s. 122).

Hospice jsou koncipovány tak, aby bylo docíleno domácí atmosféry. Mívají kapacitu do třiceti lůžek. Pokoje bývají obvykle jednolůžkové s vlastním sociálním zázemím a možností přistýlky pro návštěvy. K domácí atmosféře samozřejmě v největší míře přispívají návštěvy a rodina nemocného. Návštěvám je vstup k nemocnému neomezený s možností přespání. Návštěvy jsou zde vítány a pokud chtějí, mohou, ale nemusejí se podílet na péči o svého blízkého (Svatošová, 2011, s. 120). Za zmínku také stojí, že u hospiců bývá kaple a místnost posledního rozloučení, kam je nemocný po smrti převezen a blízcí se s ním mohou přijít rozloučit.

### 2.2 Hospicové hnutí a paliativní péče ve světě

Pojem hospic pochází z latinského slova hospitium, což znamená útulek. Munzarová (2005, s. 69) uvádí, že: „*hospice existovali již za Římské říše a ve středověku. Jednalo se o útulky neb přístřešky při cestách, kde si mohli poutníci odpočinout, těhotné ženy porodit a nemocní buď se uzdravit a pokračovat v cestě, nebo v klidu zemřít.*“

S rozvojem hospicového hnutí v dnešní podobě se setkáváme až v 19. století, kdy v roce 1842 založila Jeanne Garnierová v Lyonu společenství žen. Posláním tohoto společenství bylo věnovat se péči o nevyléčitelně nemocné. V roce 1847 byl tímto společenstvím otevřen v Paříži první dům pojmenovaný Hospic (Vorlíček et al., 2004, s. 19). Vliv Jeanne Garnierové vedl v letech 1874-1899 k založení dalších šesti

zařízení v Paříži a New Yorku, ve kterých se pečovalo o umírající (Payneová et al, 2007, s. 49).

V roce 1878 založila v Dublinu Marie Aikenheadová kongregaci Sester lásky, jejímž hlavním posláním bylo doprovázení umírajících. Kongregace založila několik domů pro doprovod umírajícím v Irsku a Anglii, např. hospic sv. Josefa v Londýně. Zde pracovala po 2. světové válce i Cicely Saundersová. Nejprve v hospici pracovala jako zdravotní sestra a po ukončení studií jako lékařka. Prováděla zde výzkumy o použití perorálního morfinu v léčbě chronické a nádorové bolesti. Vytvořila koncept „celkové bolesti“, v němž popisuje provázanost bolesti a utrpení nejen v oblasti fyzické ale také psychické, sociální a duchovní, proto nelze jednotlivé složky bolesti mírnit odděleně. Cicely Saundersová založila v roce 1967 hospic sv. Kryštofa v Londýně. Jednalo se o první, všem dostupný hospic, ve kterém byla bolest terminálně nemocných řešena multidisciplinárním týmem. Založení a činnost hospice sv. Kryštofa je považováno za začátek moderního hospicového hnutí. Fungování a činnost hospice sv. Kryštofa podpořilo zakládání dalších podobných zařízení všude ve světě (Vorlíček et al., 2004, s. 19-23).

Začátkem 80. let 20. století dochází k rozšíření hospicové péče. Kromě klasických lůžkových hospiců byly zřizovány domácí hospice. Dále vznikaly nemocniční jednotky a podpůrné týmy, které vnášely nové myšlenky o umírání do centra akutní medicíny. V roce 1976 se v Montrealu konal 1. mezinárodní kongres o péči o smrtelně nemocné. Kongres byl poté organizován každé dva roky. Další důležitou událostí v rozvoji hospicového hnutí bylo vytvoření Mezinárodního hospicového institutu v roce 1980, ze kterého se v roce 1999 stala Asociace pro hospice a paliativní péči. Také se od roku 1982 začal rozvíjet program Světové zdravotnické organizace proti bolesti při nádorových onemocněních a v roce 1990 byl prosazen třístupňový analgetický žebříček pro úlevu od bolesti. Při hospici sv. Kryštofa v Londýně vznikla roku 1990 Hospicová informační služba. Hospicová informační služba začala vydávat informační zpravodaj *Hospice Bullentin*, který se stal zdrojem informací o inovacích hospicové péče. Na konci 20. století existovalo již mnoho organizací hospicové a paliativní péče, na téměř všech kontinentech světa (Payneová et al., 2007, s. 54-56).

Podle britské skupiny Hospicové informace se odhadovalo, že v roce 2002 existovaly, nebo se rozvíjely, iniciativy hospicové a paliativní péče přibližně ve stovce zemích všech kontinentů. Celkový počet iniciativ hospicové a paliativní péče přesáhl 8000. Do tohoto počtu jsou zařazeny hospitalizační jednotky, služby

poskytované nemocnicemi, komunitní týmy, centra denní péče a další formy poskytované péče (Payneová et al, 2007, s. 56).

Dne 30. 5. až 2. 6.2013 se v Praze konal 13. mezinárodní kongres Evropské asociace paliativní péče. Kongres byl zaštitěn těmito organizacemi: European Association for Palliative Care (EAPC - Evropská asociace paliativní péče), International Association for Palliative Care (IAHPC- Mezinárodní asociace paliativní péče), die Worldwide Palliative Care Alliance (WPCA - Světová aliance paliativní péče) a Human Rights Watch (HRW) .

Tyto organizace usilují o přijetí paliativní péče mezi základní lidská práva. Po analýze současného stavu vznikla na půdě EACP Pražská charta.

Pražskou Chartu lze shrnout do těchto bodů:

- Vlády by měly rozvíjet takovou zdravotní politiku, která zohlední pacienty s život limitujícími nemocemi nebo terminálními onemocněními..
- Vlády by měly zabezpečit přístup k základním lékům, včetně opiodiních analgetik, pro všechny, kteří je potřebují.
- Vlády by měly zajistit zdravotnickým pracovníkům adekvátní vzdělání v paliativní péči a v léčbě bolesti jak v pregraduálním, tak navazujícím studiu.
- Vlády by měly zajistit integraci paliativní péče do zdravotnického systému země na všech úrovních (*Pražská charta- výzva vládám, aby mírnily utrpení nevyléčitelně nemocných uznaly přístup k paliativní péči jako lidské právo*, 2013).

### **2.3 Hospicové hnutí a paliativní péče v ČR**

V České republice se o počátcích hospicového hnutí a paliativní péče hovoří až od roku 1989, kdy byla možnost pro sestry a lékaře navštívit již zavedená zahraniční pracoviště (Vorlíček et al., 2004, s. 22).

První oddělení, které se zabývalo poskytováním paliativní péče bylo otevřeno v roce 1992 v nemocnici v Babicích nad Svitavou, které však později bylo změněno na léčebnu dlouhodobě nemocných (Sláma, 2009, s.183).

Působení lůžkových hospiců se v ČR datuje od roku 1993, kdy doktorka Marie Svatošová založila občanské sdružené Ecce Homo jehož cílem bylo propagovat hospicovou myšlenku v ČR (Zimmelová, Skalská, 2007, s. 113). Doktorka Svatošová také stála u zrodu prvního hospice v ČR. Hospic Anežky České byl založen v roce 1995 v Červeném Kostelci za podpory Ministerstva zdravotnictví a byl prvním samostatným lůžkovým zařízením tohoto typu (Opočenský, 2010).



Na základě dobrých výsledků z Červeného Kostelce pokračovalo Ministerstvo zdravotnictví v podpoře dalších hospicových zařízení (Filec, 2000).

V roce 2001 vznikla při FN Brno specializovaná ambulance paliativní medicíny, která se formou ambulantních a konziliárních vyšetření snaží zlepšovat úroveň péče o pokročile nemocné ve fakultní nemocnici (Vorlíček et al., 2004, s. 22). Nyní jsou v ČR dvě ambulance paliativní onkologie v onkologických centrech v Brně a Hradci Králové. Dále působí na území ČR 90 ambulančí léčby bolesti, které se však komplexní paliativní péčí nezabývají. Od roku 2001 se také v Praze rozvíjí model péče zabývající se péčí v domácím prostředí tzv. mobilní hospic, jejímž průkopníkem je občanské sdružení Cesta domů. Cesta domů také provozuje od roku 2011 v rámci projektu Domov pod střechem komplexní specializovanou paliativní péči, která je poskytována klientům v pobytovém zařízení sociální péče (Sláma et al., 2013). Dle Slámy et al. (2013) fungují v ČR kromě pražského mobilního hospice rozsahem a komplexností péče pouze tři podobná zařízení sociální péče.

V současné době je v ČR 16 hospiců (příloha A) a dvě oddělení paliativní péče při Nemocnici Milosrdných sester sv. Karla Boromejského v Praze a Stanice paliativní péče v Krajské nemocnici Jihlava.

Od roku 2006 je v zákoně č. 48/ 1997 Sb. O veřejném zdravotním pojištění uvedeno, že *„hrazenými službami je i léčba paliativní a symptomatická o osoby v terminálním stavu poskytovaná ve speciálních lůžkových zařízeních hospicového typu“* (§ 22a Zvláštní lůžková péče). Protože jsou hospice v ČR nestátní zdravotnická zařízení je jejich financování více zdrojové: 40- 60 % celkových nákladů je pokryto z veřejného zdravotního pojištění, 20 % nákladů na provoz hospiců je pokryto z příspěvků na péči a z dotací na sociální péči, 20-40 % příjmů musí hospice zajistit z darů a sbírek a plateb pacientů. Pacienti hradí za den v lůžkovém hospici 200-400 Kč (Sláma et al., 2013).

Dále je na základě tohoto zákona hrazena *„domácí zdravotní péče, pokud je poskytována na základě doporučení registrujícího poskytovatele ambulantní péče v oboru všeobecné praktické lékařství nebo v oboru praktické lékařství pro děti a dorost nebo ošetřujícího lékaře při hospitalizaci nebo na základě doporučení ošetřujícího lékaře, jde-li o paliativní péči pojištěnce v terminálním stavu“* (§22 Zvláštní ambulantní péče).

V roce 2009 byla založena Česká společnost paliativní medicíny, jejímž cílem je rozvoj a podpora vzdělání v oblasti obecné i specializované paliativní péče o pacienty v závěru života (Sláma et al., 2013).

Důležitý krok ve vývoji paliativní péče hraje také vzdělávání v rámci pregraduální výuky. Témata z paliativní péče jsou již v pregraduální přípravě zastoupena. Na několika školách je paliativní péče vyučována jako samostatný předmět ve studijním programu ošetrovatelství. Ve výuce lékařů však chybí sjednocující předmět, který by se zabýval problematikou péče v závěru života. V současnosti je paliativní medicína vyučována jako samostatný předmět pouze na lékařské fakultě v Brně. V roce 2004 vznikl specializační nastavbový obor „Paliativní medicína a léčba bolesti“, který se v roce 2010 rozdělil na dva samostatné certifikované kurzy: „Paliativní medicína“ a „Algeziologie“ (Sláma et al., 2013).

V roce 2011 vešel v platnost zákon č. 372/ 2011 Sb. O zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování. V tomto zákoně je paliativní péče poprvé definována jako samostatný druh péče, jehož účelem je *„zmírnění utrpení a zachování kvality života pacienta, který trpí nevyléčitelnou nemocí“* (§5 Druhy zdravotní péče).

### 3 Umírání a smrt

Jelikož je paliativní péče péčí o nemocné s pokročilou chorobou a o umírající, je vhodné zmínit se také o tématu smrti a umírání, které je s paliativní péčí velmi úzce spojeno.

V této kapitole jsou popsány pojmy smrt a umírání, jejich dělení a také jaká by měla být péče o člověka v jednotlivých obdobích umírání. Částečně je zde popsán pohled na smrt a umírání v některých dřívějších obdobích a dnes.

#### 3.1 Pojem umírání

Umíráním se rozumí různě dlouhý časový úsek před vlastní smrtí. Je to proces, kdy dochází k ubývání lidských sil a proces je zakončen smrtí. Nikdo neví, kdy a jak zemře. Podle rychlosti tohoto procesu, ho můžeme rozdělit na rychlou smrt a pomalé umírání (Kelnarová, 2007, s. 11).

Za rychlou smrt se z hlediska časového faktoru považuje smrt v důsledku nějakého úrazu, sebevraždy, nebo v důsledku akutního onemocnění, např. akutní infarkt myokardu či iktus (mozková příhoda). U rychlé smrti je příchod zcela neočekávaný (Kelnarová, 2007, s. 11).

Při pomalém umírání se smrt v nějakém čase projevuje a na její příchod se můžeme připravit (Haškovcová, 2007, s. 90). Pomalé umírání přináší také mnoho problémů. Jedná se převážně o dlouhotrvající bolest, utrpení pro umírajícího ale i pro lidi v blízkosti nemocného (Kelnarová, 2007, s. 11).

Haškovcová (2002, s. 204) definuje pojem umírání takto: „ *Pojem umírání je v lékařské terminologii synonymem terminálního stavu*“. *Terminální stav můžeme chápat jako „vlastní umírání“*. *Pojem umírání však ale v žádném případě nemůžeme redukovat pouze na terminální stav*.“

Z definice od Haškovcové (2002, s. 204) vyplývá, že umírání tedy není pouze terminální stav, proto období umírání řadí do tří nesterjné dlouhých období a to jsou: období *pre finem*, *in finem* a *post finem*.

Období před umíráním nebo-li *pre finem* je čas, který začíná vědomím, jak lékařů tak pacienta, že nemoc je vážná a do budoucna neslučitelná se životem. Jedná se někdy i o poměrně dlouhý časový úsek, který může trvat nejen měsíce ale i roky (Haškovcová, 2002, s. 205).

V období *pre finem* je snahou všech zúčastněných, aby pacient dosáhl remise (období bez příznaků nemoci). V případě, že remise nelze dosáhnout, je třeba zajistit zmírnění obtíží nemocného a po celé období vést nemocného úskalími nemoci.

Pacient se učí žít se svou nemocí a cílem je, aby jeho život, i když třeba krátký, byl co nejplnohodnotnější. Je důležité usilovat o to, aby redukce činností a individuálních cílů pacienta byla minimální. V případě, že stav nemocného neumožňuje obvyklý způsob života, je nutná redukce plánů a cílů (Haškovcová, 2002, s. 205-206).

Také se obvykle projeví fáze, které popsala Elizabeth Kübler -Rossová. Tyto fáze popisují chování a psychický stav umírajících. Je tedy důležité především jejich respektování ze strany okolí (Haškovcová, 2002, s. 206).

Období *pre finem* je charakteristické tím, že úzkostné stavy z ohrožení a strach ze smrti bývají mnohdy intenzivnější než v období *in finem*. Nemocný i jeho nejbližší by měli vědět, že kromě lékařské pomoci jim bude poskytnuta pomoc psychologická a lidská. V této oblasti kromě laskavého, vlídného a empatického přístupu personálu, může pomoci také psycholog či sociální pracovník. Důležitou roli mají i různá sdružení či spolky lidí s podobným problémem. Povinností lékaře je informovat o těchto možnostech pomoci (Haškovcová, 2002, s. 206-207).

Velmi důležitá je rodina a blízcí nemocného, kteří by měli zajistit potřebu lásky, bezpečí, zázemí a pocitu sounáležitosti.

Období *in finem* bývá většinou krátký časový úsek, který trvá několik hodin až dní, a končí vyhasnutím životních funkcí tzn. vlastní smrtí nebo-li exitem. Dle Haškovcové (2002, s. 208) je situace „*in finem*“ totožná s lékařským pojetím tzv. terminálního stavu.

V období *in finem* převládá u nemocného únava a spánek. Také není výjimkou, že nemocní bývají v kómatu, což je stav hlubokého bezvědomí, kdy jedince nelze probudit. Jelikož ale člověk stále slyší, je důležité aby na něj bylo mluveno a vyjadřovalo se před ním tak, jako by při vědomí byl (Špinková, 2005, s. 21).

Že člověk umírá, signalizují příznaky blížící se smrti, které mohou, ale nemusejí nastat. Mezi příznaky nadcházející smrti patří: slábnutí pulsu, změna frekvence a hloubky dechu, chladnutí končetin nebo horečka, pootevřená ústa, zornice stále méně reagují na působení světla, oči jsou otevřené nebo pootevřené ale jakoby zahleděné do dálky a nereagují na pohyb, tmavnutí spodní strany těla a nereagování nemocného na okolí (Špinková, 2005, s. 21-22).

Pokud příznaky nastanou v případě umírání doma a my jsme obeznámeni s tím, že člověk umírá a jeho konec očekáváme, určitě nejsou důvodem pro volání záchranné služby. Tímto bychom naopak mohli člověku narušit jeho klid a důstojný

odchod. U člověka nacházejícího se v období in finem se může objevit mnoho nepříjemných symptomů, které jsou velmi nepříjemné jak pro nemocného tak i pro okolí. Možnosti péče o nejčastější symptomy při umírání jsou popsány v kapitole 4.2. V tomto období je důležité se zaměřit na potřeby psychické, sociální a spirituální, jelikož nabývají na důležitosti. Mezi tyto potřeby jsou řazeny např. potřeba lásky, sounáležitosti, jistoty a bezpečí. Tyto potřeby samozřejmě zajišťují nejbližší pacienta již v období pre finem, ale ani zdravotníci by je neměli v žádném případě přehlížet. Měli by se zastavit u lůžka když jdou kolem, klidně s ním i posedět, popovídat, když si to bude přát a dát člověku najevo, že tam s ním někdo je a že ho poslouchá, že nejsou lhostejní k jeho problémům a projevům (Mikudimová, 2008, s. 35-36). Samozřejmě by mělo také být zavolat kněze pokud si to člověk přeje a nebo ho zavést do kaple, pokud je v místě k dispozici

Období „post finem“ začíná smrtí pacienta. Je charakterizováno nejen péčí o mrtvé tělo, ale především péčí o pozůstalé. Sláma et al. (2007, s. 180) uvádějí, že po úmrtí pacienta je důležitá citlivá a empatická komunikace ze strany zdravotníků. Rozhovor o průběhu a závěru života a ujištění, že jejich blízký netrpěl, je pro ně velmi důležité. Mezi další formy podpory pozůstalých také řadí: kontaktování příbuzných měsíc či dva po úmrtí, nabídnutí psychologické pomoci, bohoslužby za zemřelé a další formy pomoci, odbornou psychoterapii, vzpomínkové programy a další.

### **3.2 Pojem smrt**

Říká se že, smrt je jediná jistota, kterou máme. To je pravda, protože již od narození náš život nevyhnutelně spěje ke konci a smrt se dostaví vždy, u někoho dříve u někoho později.

Problematikou smrti a umírání se zabývá vědní obor thanatologie. Jeho název je odvozen od jména Thanatos, což byl řecký bůh smrti a smrtelného spánku. Obor je interdisciplinární a jeho obsahem se zabývá mnoho oborů jako jsou: psychologie, theologie, medicína, filozofie, sociologie atd. Je tomu tak proto, že každý z oborů na téma smrti a umírání pohlíží jiným způsobem (Haškovcová, 2007, s. 178).

Co vlastně smrt je a jak je definována, se v průběhu let měnilo. Dříve byla za smrt považována zástava dechu a srdeční činnosti. Tento stav jde v některých případech zvrátit pomocí kardiopulmonární resuscitace (Munzarová, 2002, s. 15). V dnešní době je za smrt považována tzv. smrt celého mozku. To znamená, že došlo k nevratné ztrátě všech mozkových funkcí, včetně mozkového kmene. Další kritéria, které se užívala dříve, ale platí dodnes, jsou výše zmíněná zástava dechu a srdeční

činnosti (Zákon č. 285/ 2002 Sb. o darování, odběrech a transplantacích tkání a orgánů a o změně některých zákonů- transplantační zákon, §10 Přípustnost odběru od zemřelého dárce a náležitosti zjištění smrti) Tato smrt je nazývána smrtí biologickou.

Úmrtí člověka signalizují jisté známky smrti, ke kterým patří: posmrtná bledost, posmrtné skvrny, chladnutí a tuhnutí těla, posmrtný rozklad a posmrtná hniloba. Tyto změny jsou nevratné a objevují se až za určitou dobu po skonu (Kelnarová, 2007, s. 13 ).

Biologická smrt ale není jediným typem smrti. V odborné literatuře se můžeme setkat také s pojmy psychická a sociální smrt.

Psychická smrt je považována za stav psychické rezignace, intenzivně prožívané beznaděje a zoufalství. Za smrt sociální se považuje stav, kdy jedinec žije, ale je vytržen z důležitých sociálních a interpersonálních stavů, a není možno ho vrátit do kontextů společnosti. Sociální smrt může nastat jak u nemocného, tak i u zdravého jedince, např. drogově závislý (Haškovcová, 2002, s. 206).

### **3.3 Smrt a umírání dříve a dnes**

Otázka smrti a umírání je jednou z nejstarších otázek vůbec , je stará jako lidstvo samo. Každý národ, každá kultura již od dob před naším letopočtem se touto otázkou zabývali a svou smrtelnost si uvědomovali. Měli různé názory, které se postupem času měnily, různě si ji vysvětlovali, přemýšleli o tom, co bude po smrti, také strach ze smrti zde byl. K tomu, aby strach překonali, jim pomáhalo např. náboženství či filozofie.

V době před 2.světovou válkou se setkáváme s tzv. domácím modelem umírání. O umírajícího pečuje rodina a blízcí. Přítomnost lékaře u umírajícího byla spíše doménou bohatších vrstev. Každý člen rodiny měl v péči o umírajícího svou funkci a zkušenosti se předávali z generace na generaci. Dříve bylo běžné, že pospolu žilo více generací. Když nemocný vycítil, že se blíží jeho „poslední hodinka“, svolal příbuzné, rozloučil se a ti zavolali kněze. Kněz udělil „poslední pomazání“ a připravil nemocného na neznámou cestu (Haškovcová, 2007, s. 27).

Dříve také bylo běžné, že se lidé pohřbívali do země a hřbitov byl centrem vesnice. Pohřeb měl svůj scénář a dodržovali se také určité zvyklosti, jako např., že se chodilo v černém, což mělo upozorňovat na ohleduplné jednání, a smutek měl předepsanou dobu trvání (Kelnarová, 2007, s. 25).

Umírání však nebylo vždy tak idylické. Ne všichni totiž měli rodiny, nebo je měli neúplné či nedosažitelné. A tak není výjimkou, že umírali opuštěni a osamoceni.

Je však dobré podotknout, že ti, co rodiny měli, neumírali opuštěni. Umírání bylo sociálním aktem, na kterém se zúčastnili i ti nejmenší. Každý člen se setkal s umírajícími i vícekrát za život a tak už věděl, jak vypadá smrt a umírání zblízka (Haškovcová, 2007, s. 27-28).

Koncem 19. století se také objevuje termín komercializace smrti, tzn. že smrt se stává předmětem výdělku a hřbitovy přešli do oblasti podnikání (Blumenthal-Barby, 1987, s. 16). Stěhováním lidí do měst a vlivem industrializace v 19. století, dochází ke zvýšenému počtu těch, kteří umírají bez vlastní rodiny a rodinného zázemí. Bylo nutné zajistit nemocným a umírajícím základní biologické potřeby. Dochází k rozvoji azylových domů (chorobinců) a později zdravotnických zařízení, kam byli nemocní umísťováni. Pokoje byli velké s mnoha lůžky, na kterých leželi jak lidé, kteří se uzdravovali, tak i umírající. Snahu o zlepšení situace umírajícího a zajištění jeho soukromí měli splňovat bílé pleny, které se zatáhly u lůžka nemocného. Tato praxe začala běžně užívat ve 20. letech 20. století (Haškovcová, 2007, s. 27-28).

Od 2. poloviny 20. století hovoříme o institucionálnímu modelu umírání. S rozvojem úspěchů na „poli medicíny“ dochází, jak u zdravotníků tak i u veřejnosti, k názoru, že medicína je všemocná a že se s nemocí dá bojovat až do konce, protože smrt je považována za prohru. Člověk je pomocí medikamentózní léčby a přístrojů udržován při životě, ač by bez těchto možností dávno zemřel. Tomuto prodlužování života se říká zadržovaná smrt, nebo-li dystanázie (Marková, 2010, s. 14).

Převládalo také přesvědčení, že nemocný potřebuje přísný klid a pořádek. To mělo za následek vytěsnění rodinných příslušníků, z účasti na péči o nemocného, jelikož by narušovali klid a práci personálu (Haškovcová, 2007, s. 27-28). Proto velmi často dochází k tomu, že nemocní umírají osamoceni a opuštěni bez vlídného slova či pohlázení. Umírání se odehrává převážně v institucích a lidé ho přestávají považovat za přirozenou součást života. Nemáme s ním zkušenosti a tak ho přenecháváme v rukách odborníků, protože „ti na to mají školu a oni to umí“. O umírání a smrti se přestává hovořit, protože nebude-li připomínána, přestane existovat. Smrt je tedy tabuizována (Kelarová, 2007, s. 25-26).

Od 70. let 20. století byl zahájen proces detabuizace smrti ve světě. U nás to bylo po roce 1989. Zdravotníci i laická veřejnost se začíná o smrt a umírání více zajímat. Uvědomují si, že ta medicína, která v mnohém pomůže, však není všemocná. Dochází ke snaze vrátit umírání k sociálnímu aktu. K tomu přispívá i rozvoj paliativní a hospicové péče a jejím typům, např. domácí hospicová péče

nabízí podporu a pomoc umírajícím a jejich rodinným příslušníkům právě v domácím prostředí (Kelnarová, 2007, s. 26-27).



## **4 Nevyléčitelně nemocný a umírající člověk**

Jelikož se paliativní péče zabývá péčí o nevyléčitelně nemocné a umírající pacienty, je následující kapitola věnována právě jim.

V kapitole jsou popsány nejčastější reakce na závažnou nemoc dle Elizabeth Kúbler- Rossové a také nejčastější symptomy, které se u umírajících objevují ve zvýšené míře.

### **4.1 Přijetí nevyléčitelné nemoci dle Elizabeth Kúbler -Rossové**

Přijetí zprávy o těžkosti či nevyléčitelnosti onemocnění je určitě hodně bolestné pro každého, kdo se do takové situace dostane. Velmi záleží na tom jak, kdy a kde je zpráva podána.

Tím, jak nemocný reaguje na nepříznivou diagnózu, se zabývala Kúbler- Rossová (1992, s. 35-120), která popsala tzv. „fáze umírání“:

#### **1. Fáze- popírání, šok, izolace**

Většina lidí na sdělení pravdy reaguje slovy: „Ne, to se určitě netýká mne, to není možné, to musí být omyl “. Někteří se dokonce domnívají, že došlo k záměně výsledků s jiným pacientem. Mohou si také najít jiného lékaře v naději, že jim diagnózu vyvrátí. Stále se dožadují nových vyšetření i u více lékařů.

Takové chování se vyskytuje převážně u nemocných, kterým byla pravda podána stroze bez dostatečné empatie. Je důležité, aby s nemocným byl někdo, s kým by si mohl o nemoci promluvit, až on sám uzná za vhodné.

Popírání může být tak silné, že dochází k odmítání léčby a terapeutických postupů.

#### **2. Fáze- agrese, zlost**

Tato fáze se vyznačuje nástupem zlosti a vzteku vůči okolí. Dochází k tomu proto, jelikož si nemocný začal uvědomovat, že se nejedná o omyl a ptá se: „proč zrovna já?, proč to nemohl být ten či onen?“. Ve fázi agrese je péče o pacienta velmi složitá. Nemocný si vylévá zlost na okolí, což jsou nejčastěji sestry, ale i lékaři a rodina. Většinou vše, co okolí udělá, je špatně a je za to kritizováno. Při zvládnutí agrese je důležité se do nemocného vcítit a nepohoršovat se nad jeho chováním. Okolí nemocného se nesmí chovat k nemocnému stejně jako on k nim. Je důležité dovolit člověku odreagovat se a třeba i vykřičet.

#### **3. Fáze-smlouvání**

Fáze smlouvání je kratší fáze, ve které si nemocný začíná uvědomovat závažnost svého stavu a dochází mu, že ještě přeci není jeho čas odejít. Nemocný

používá věty typu: „Kdy bych se tak ještě dožil...“, „Udělám cokoli, abych...“. Jedná se o snahu oddálit svůj konec smlouváním a vyjednáváním s lékaři ale třeba i s Bohem. Nemocný se snaží pečlivě dodržovat většinu doporučení a třeba i změnit životní styl, když to povede k prodloužení doby jeho života.

#### 4. Fáze- deprese

Deprese přicházejí obvykle po stále se opakujících vyšetřeních, operacích a léčebných zákrocích a co je asi nejvíce zřejmé při ubývání fyzických sil. V této fázi nemocný již nemůže nemoc dál popírat. Elizabeth Kübler- Rossová rozlišuje dva typy depresí..

K prvnímu typu se řadí deprese z utrpené ztráty, což znamená, že např. nemocný po ztrátě některé části těla se může cítit méněcenný. Dochází k porušení sebeúcty. Může dojít i k pocitu viny, např. že se nemůže postarat o děti, o rodiče, manžela, apod. Pacient má obavy z toho, kdo to udělá za něj a jestli to bez něj zvládnou. Při tomto typu depresí je vhodná pomoc sociální pracovnice či jiných sociálních organizací, která zreorganizuje např. chod domácnosti,. Pokud se zvládne to, co pacienta trápí, je téměř jisté, že jeho deprese ustoupí.

Druhý typ depresí jsou deprese z hrozících ztrát. Zde není na místě snaha o rozveselování nemocného, jelikož se svým smutkem připravuje na ztrátu všech , které měl rád a je to důležitá cesta k tomu, aby došel ke smíření. Nemocnému je důležité umožnit, aby mohl být smutný a neříkat mu věty typu: „, nemyslete na to“. Tento „, přípravný smutek“ musí proběhnout, aby se člověk připravil na rozloučení s tímto světem. Zde pomůže spíše tiché posezení, pohlázení ruky apod.

#### 5. Fáze- Akceptace, smíření

Akceptace je konečná fáze celého modelu. V tomto období se nemocný již smířil s tím, že musí zemřít, již ho přešel hněv či deprese, už nebude truchlit nad ztrátami, které přijdou. Nemocný většinou v tichosti a klidu očekává svůj konec. Cítí se zesláblý, unavený a i přes den často pospává. Akceptace je obdobím, ve kterém je komunikace spíše neverbální. Největší službu prokážeme nemocnému tím, že si k němu sedneme, uchopíme za ruku a společně budeme naslouchat tichu.

Je zřejmé, že ne u každého se následující stadia projeví, nebo se projeví v jiném pořadí či se dokonce opakují. Každý člověk je individualita a každý pravdu o nemoci přijímá jinak, proto nelze výše zmíněný model přiřadit ke každému nemocnému.

## **4.2 Nejčastější symptomy a problémy nevyléčitelně nemocných a umírajících pacientů**

Jelikož základem paliativní péče je zmírňování a léčba symptomů nemocného, jsou v této kapitole popsány nejčastější symptomy a obtíže umírajících pacientů v paliativní péči.

Slovo symptom pochází z latinského „synthoma“, což znamená dění nebo neštěstí. Jedná se o subjektivní pocit pacienta, kterému rozumí pouze on. Symptom je příznak, který nás upozorní na nějakou nepravost v našem organismu a na to, že bychom měli vyhledat lékaře. V paliativní péči obvykle tuto „upozorňující“ funkci pozbývají a stávají se trvalou připomínkou pokročilého onemocnění, která má negativní vliv na kvalitu života pacientů. Jednotlivé symptomy spolu často souvisejí, proto je nutný celostní přístup k jejich řešení (O'Connor et al., 2005, s.79).

Mezi nejčastěji uváděné symptomy a oblasti obtíží v paliativní péči patří: bolest, dušnost, hlasité chrčivé dýchání, hemoptýza, zácpa, oblast hydratace, nevolnost a zvracení, únava, nechutenství, maligní rány, a psychické obtíže jako jsou strach a úzkost, smutek a deprese.

Bolest patří mezi nejčastější symptom u pokročilých stádií onemocnění. Vyskytuje se až u 90 % nemocných v pokročilém stádiu onkologického onemocnění, u 80 % pacientů s AIDS a 60 % pacientů s orgánovým selháním (O'Connor et al., 2005, s. 91-92). Na bolesti se podílí mnoho faktorů jak z oblasti somatické tak i psychické a sociální, např. strach, hněv, opuštěnost smutek a další (Marková, 2010, s. 96). Jedná se tedy o biopsychosociální jev a zvládnout se dá pouze správným zhodnocením a terapií na všech třech úrovních (Vorlíček et al., 2004, s. 31).

Dle O'Connor et al. (2005, s. 89-90) je léčba bolesti nedostatečná. Příčinu spatřuje v nedostatečných znalostech zdravotníků v oblasti hodnocení a léčby. Z toho vyplývá, že je velmi důležité bolest umět hodnotit. Hodnocení, monitorování a obhajoba pacientova zájmu při léčbě bolesti je jeden z nejdůležitějších úkolů sester (Marková, 2010, s. 97). U bolesti se hodnotí intenzita, charakter a časový faktor (O'Connor et al., 2005, s. 91-92).

K hodnocení intenzity se nejčastěji užívá numerická škála od 0 do 10. Nula znamená žádnou bolest, 10-nejhorší jakou si pacient umí představit. Dále můžeme použít škálu verbální, kde je intenzita označena jako žádná, mírná, středně silná, silná a nesnesitelná. Tato se užívá u pacientů neschopných se vyjádřit číselně. Pro vizuální zobrazení se užívají úsečky (Marková, 2010, s. 98).

Dle charakteru se rozlišuje bolest somatická, viscerální či neuropatická. Charakter se pozná podle toho, jak pacient bolest popisuje (O'Connor et al., 2005, s. 92).

Při hodnocení časového faktoru bolesti je důležitý nástup, doba trvání a frekvence bolesti. Zde se určuje, zda se jedná o bolest epizodní, průlomovou či o bolest na konci dávky.

Dále je nutné se zaměřit na bolestivé projevy chování, jak bolest ovlivňuje běžné aktivity a sociální život pacienta, spánek, náladu, zvládání obtížných situací atd. (O'Connor et al., 2005, s. 93-94).

Je velmi důležité pacientovi jeho bolest a prostředky, které ji zmírňují vždy věřit. Měly by být vybrány léčebné prostředky dle preference pacienta a jeho rodiny a umožnit jim podílet se na způsobu léčby (O'Connor et al., 2005, s. 91).

Cílem léčby by měla být bezbolestnost pacienta. Tohoto stavu však lze docílit pouze u necelé poloviny případů, proto by mělo dojít alespoň k takovému zmírnění bolesti, které je pro pacienta přijatelné (Vorlíček et al., 2004, s. 38).

Možnosti léčby bolesti jsou poměrně široké a existuje mnoho postupů jak se s bolestí vypořádat. Mezi možnosti léčby bolesti se řadí postupy paliativní onkologické léčby, např. paliativní radioterapii, paliativní chirurgický výkon, protinádorovou chemoterapii či hormonální léčbu. Těchto možností se užívá především u pacientů s velmi pokročilou nádorovou chorobou, kterou již nelze radikálně řešit, avšak růst a bolestivost nádoru lze touto terapií zmírnit (Vorlíček et al., 2004, s. 39).

Dalším možným postupem, který se v paliativní péči užívá častěji k ovlivnění bolesti, je symptomatická léčba (Marková, 2010, s. 99). Symptomatické postupy ovlivňují vznik, vedení a vnímání bolestivé stimulace na periferním a centrálním nervovém systému (Sláma et al., 2007, s. 47). Do symptomatické léčby se řadí: farmakoterapie, psychologická léčba, invazivní anesteziologické a neurochirurgické postupy (Vorlíček et al., 2004, s. 40).

Ve farmakologické léčbě je vhodné se řídit doporučením Světové zdravotnické organizace (WHO), která vytvořila 3 základní pravidla léčby nádorové bolesti a to jsou: tzv. Analgetický žebříček WHO (obr.1), léčba podle hodin a preferování perorálního podání (O'Connor et al., 2005, s. 93).

Dle „analgetického žebříčku“ je vhodné při mírném stupni bolesti začít s neopioidními analgetiky. Pokud je bolest označena za středně silnou, přidávají se k neopioidním analgetikům ještě slabá opioidní analgetika. Pokud ani toto nepomůže,

vymění se slabá opioidní analgetika za silná. Analgetika na každém stupni je vhodné kombinovat s koanalgetiky (Marková, 2010, s.100).

Termín „dle hodin“ znamená, že léky jsou podávány v pravidelných časových intervalech, aby se udržela stálá terapeutická hladina léku v krvi (O’Conor et al., 2005, s. 94).

Preferování perorálního podání znamená, že se snažíme lék, dle možností podat ústy. Dalšími možnostmi neinvazivního podání jsou transdermální či rektální. (O’Conor et al., 2005, s. 94).

Vzhledem k tomu, že bolest není pouze somatický vjem, ale také psychický, je vhodné jako doplňující metody léčby užít např. masáže, terapie hudbou, akupunkturu, relaxační metody či hypnózu (O’Conor, Aranda, 2005, s. 99)

<b>I. stupeň - mírná bolest</b>		<b>II. stupeň - středně silná bolest</b>	<b>III. stupeň - silná bolest</b>
neopioidní analgetikum		slabé opiáty +/- neopioidní analgetikum	silné opiáty +/-neopioidní analgetikum
+/- koanalgetika a pomocná léčba			

Obr. 1 Analgetický žebříček WHO (Marková, 2010, s. 100)

Dušnost je subjektivní pocit nedostatku vzduchu. Tento pocit je velmi individuální. Na jeho vzniku a vnímání se podílejí kromě faktorů fyziologických také faktory psychické a sociální (Vorlíček et al., 2004, s. 129). Řadí se mezi nejčastější příznak jak nádorových, tak i nenádorových onemocnění v pokročilých stádiích. Uvádí se, že dušnost se vyskytuje u 50-80 % v posledních týdnech života (Sláma et al, 2007, s.169).

Příčin dušnosti může být mnoho, podle toho, jestli se jedná dušnost chronickou či akutní. Akutní dušnost se objevuje během několika minut či hodin (Vorlíček et al., 2004, s. 129). Její příčinou může být např. plicní embolie, infekce, levostranné srdeční selhání či úzkost (Sláma et al., 2007, s.169). Chronická dušnost je záležitostí několika měsíců či let (Vorlíček et al., 2004, s. 129). Zde může být příčinou např. obstrukce dýchacích cest primárním nádorem, anémie, slabost a únava dýchacích svalů, metastatické poškození plic a mnoho dalších. Obvykle se však několik příčin kombinuje (Sláma et al., 2007, s.169).

Terapie dušnosti závisí na její příčině. Nejprve je důležité zjistit a kauzálně řešit příčiny, které jsou léčbou odstranitelné, např. infekce, aspirace a další. Pokud však kauzální léčba není možná, postupujeme symptomaticky. Symptomatický postup ovlivňuje vnímání dušnosti a zlepšuje kvalitu života pacienta (Sláma et al.,

2007, s. 170). Mezi symptomatickou farmakologickou léčbu se řadí podání opioidů, anxiolytik, léků pro nebulizaci a bronchodilatátorů (O'Connor et al., 2005, s. 109). Důležitým úkolem sestry je péče o psychickou pohodu nemocného. Při akutně vzniklé dušnosti se musí pracovat s úzkostí nemocného. Je důležité zachovat klid a ujistit nemocného, že se snažíme tento problém vyřešit. Často pomůže otevřené okno, ventilátor či podání kyslíku. Je důležité pomoci pacientovi zaujmout vhodnou polohu, nejlépe v sedě, popřípadě na pravém boku u ležících pacientů. Také je vhodné s pacientem nacvičovat tzv. brániční dýchání, které přináší úlevu a vědomí určité kontroly nad dušností (Marková, 2010, s. 93-95).

Hlasité chrčivé dýchání se velmi často vyskytuje v posledních hodinách pacientova života. Objevuje se obvykle u pacientů v agonii. Nejedná se však o automatický projev dušnosti a u pacientů nevzbuzuje úzkost tak, jako je tomu u dušnosti. Tento jev je však o to nepříjemnější z pohledu rodiny, která nabývá dojmu, že se jejich blízký dusí. Příčinou tohoto dýchání může být neuvážená parenterální hydratace, která způsobuje zvýšenou tvorbu sekretu v dýchacích cestách. Odsávání většinou nepomůže, ba naopak může zvýšit riziko aspirace či krvácení. V tomto případě je vhodná mírná dehydratace, která v terminálním stádiu neškodí, ale tento příznak eliminuje (Marková, 2010, s. 95).

Hemoptýzou se rozumí vykašlávání krve nebo také příměs krve ve sputu (Vorlíček et al., 2004, s. 137). Tento symptom je pro nemocného značně stresující. Vyskytuje se převážně u lidí s bronchogenním karcinomem, dále pak u sekundárního postižení plic nádorem, nádory v oblasti hlavy a krku. U nenádorových onemocnění, např. infekce dýchacích cest, krvácivé stavy, aspirace krve při masivním krvácení atd., se můžeme s hemoptýzou také setkat (Marková 2010, s.96).

Při terapii se postupuje podle toho, co hemoptýzu způsobuje. I v paliativní péči lze některé příčiny hemoptýzy odstranit kauzální léčbou, jedná-li se např. o infekci, kde jsou indikována antibiotika, u nádorových onemocnění pak onkologická léčba s paliativním záměrem a další (Sláma et al., 2007, s. 169).

Symptomatická léčba má za úkol ovlivnit faktory, které vykašlávání krve zhoršují (Sláma et al., 2007, s.180). Zde jsou nutná režimová opatření, ke kterým patří především: klid na lůžku, poloha v polosedě, chladný či ledový obklad na hrudník. Nemocnému nepodáváme teplé nápoje a nekoupeme ho v horké vodě. Důležité je uklidnění pacienta a odvrácení jeho pozornosti např. přiložením tmavých savých materiálů, aby nemocného krev neděsila (Marková, 2010, s. 96).

Z farmakologických prostředků se užívají např. parenterálně podaná antitusika, hemostypika či vazokonstrikční léky (Sláma et al, 2007, s. 180). Ke zklidnění nemocného se podávají opioidy a benzodiazepiny. Nemocný se nesmí nechat o samotě, protože i při zklidnění hemoptýzy, se může kdykoliv opakovat (Vorlíček et al., 2004, s. 138).

Maligní rány se vyskytují častěji u starších pacientů, jejichž nádorové onemocnění je již pokročilé. Mezi tyto rány řadíme rány proliferující, které tvoří květákovité či houbovité útvary, a rány ulcerující, které vytvářejí kráter. Často se také setkáváme s kombinací obou typů. Rány mohou vznikat jako primární kožní nádor, metastázemi či přímou invazí nádoru do kůže, např. nádor prsu (O'Connor et al., 2005, s. 165-166).

V péči o nemocného se setkáváme velmi často s charakteristickými příznaky těchto ran mezi které patří: zápach, sekrece, bolest, krvácení, svědění a podráždění okolní kůže. Tyto příznaky obvykle způsobují nemocnému značné psychické a sociální problémy jako např. stud, znechucení, strach, sociální izolaci, obtížnou komunikaci a jiné (O'Connor et al., 2005, s. 167-174).

Léčba maligních ran je obvykle zdlouhavá a není možné očekávat úplné zhojení. Při léčbě se zaměřujeme na zvládnutí nepříjemných projevů. Cílem péče a léčby je psychická pohoda pacienta, prevence sociální izolace a udržení nebo zlepšení kvality života. Toho můžeme dosáhnout volbou vhodného obvazového materiálu a lokální či celkovou léčbou. Při potlačení některých symptomů může pomoci i protinádorová léčba. Nejčastěji je to radioterapie, která ránu zmenšuje, omezuje sekreci a sníží krvácivost i bolestivost. Dále může být pro pacienta důležité, jak je obvaz esteticky upraven, aby neměl znečištěné oděvy a lůžkoviny. Pokud budou tyto problémy vhodně řešeny, může to vést ke zvýšení jeho sebevědomí a pohody (O'Connor, et al., 2005, s. 169-174).

Pro zácpu je charakteristické méně časté a obtížné vyprázdnění střeva. Pro pacienta jsou mnohem významnější, než samotná frekvence, nepříjemné obtíže, např. zvýšené úsilí a bolestivost, které vyprazdňování provázejí (Vorlíček et al., 2004, s. 95). Zácpa se nejčastěji vyskytuje u pacientů s pokročilým onkologickým onemocněním (O'Connor et al., 2005, s. 129).

Příčin zácpy může být mnoho. Jedná se například o anorexii, věk, nedostatek pohybu, nedostatek tekutin, málo soukromí, nevhodná poloha při defekaci, zmatenost, poruchy míchy, nádory v dutině břišní, nádory mozku, podávání opiátů, antiemetik, antacid či nadměrného užívání laxativ v anamnéze. V paliativní péči se

nejčastěji setkáváme se zácpou u starších pacientů, dále vlivem imobilizace a jako vedlejší účinek podávání opiátů (Marková, 2010, s. 109-110).

Tomuto nepříjemnému symptomu bychom měli věnovat dostatečnou pozornost, jelikož pokud ji včas neodhalíme a neléčíme, může být příčinnou dalších závažných komplikací. Ty mohou být jak psychické, např. stres, úzkost, zmatenost až delirium, tak fyzické, např. bolesti břicha, perianální fisury a jiné. Můžeme se také setkat s paradoxním průjemem, což znamená, že řídká stolice samovolně obtéká okolo tuhé. Proto je důležité se věnovat dostatečně anamnéze, aby nebyla řešena inkontinence stolice místo zácpy (Marková 2010, s. 109-110).

V anamnéze se zjišťuje frekvence stolice a současný způsob vyprazdňování, způsob vyprazdňování před nástupem nemoci, stravovací zvyklosti, pitný režim, užívání léků, které mohou způsobovat zácpu, užívání laxantiv v anamnéze, konzistenci stolice a na celkový zdravotní stav a prognózu. Dále se při zjišťování zácpy provádí fyzikální vyšetření (O'Connor et al., 2005, s. 131-132).

K tomu, aby k zácpě vůbec nedošlo, je důležitá prevence. V prevenci je důležitá výše popsaná anamnéza. Preventivní opatření spočívají v zajištění soukromí a vhodné poloze při vyprazdňování, nejlépe v sedě a na toaletě, v případě nutnosti použít podložní mísu, zajistit soukromí alespoň zástěnou okolo lůžka, či nemocného odvézt i s lůžkem do koupelny. U ležících pacientů je nejvhodnější poloha na levém boku s pokrčenými dolními končetinami. Nemocnému poskytneme dostatek času na vyprázdnění. Také je důležitá vhodná strava s obsahem vlákniny a dostatečný příjem tekutin. Pokud je to možné, měli bychom pacienta podpořit v jakémkoli pohybu, byť jen v rámci lůžka. Pokud pacient užívá léky, které mohou zácpu způsobit, je na místě preventivní užívání laxantiv. Velmi důležité je včas reagovat na pacientovu potřebu defekace a pokud možno dodržet dobu, kdy se nemocný obvykle vyprazdňuje (Marková, 2010, s. 111).

Pokud se stane, že pacient má zácpu, většinou se podávají projímadla, nejlépe perorálně. Také se může využít rektální podání ve formě glycerinového čípku či mikroklyzmatu. Mikroklyzma se příliš neužívá, jelikož je to velká zátěž pro pacienta. Vybavení pacienta manuálně je až jako nejkrajnější možné řešení a provádí se po předchozí premedikaci (Marková, 2010, s. 111).

Otázka hydratace, zvláště pak dehydratace, je v paliativní péči a především v terminálním stádiu onemocnění, velmi rozsáhlým problémem.

Na dehydrataci se může nahlížet jako na přirozený proces během posledních dnů života a nezdá se, že by pro nemocného byla stresující. I mírná dehydratace



může mít některé výhody, jako např. zmírnění otoků, velikosti výpotků v tělních tekutinách, mozkového edému, nevolnosti a zvracení, dušnosti, obtíží z inkontinence moči a stolice a další. Proto často není nutné podávat tekutiny parenterálně (Vorlíček et al., 2004, s. 112).

Přiměřená parenterální hydratace je však vhodná tehdy, jestliže následky dehydratace zhoršují kvalitu pacientova života (např. zmatenost, neklid, křeče, delirium apod.). Dále je parenterální hydratace vhodná, jeli nemocný stabilizovaný, ale ztrácí tekutiny, např. při průjmech, zvracení a pocení, při neschopnosti přijímat tekutiny perorálně kvůli progresi základního onemocnění v trávicím traktu a pokud nemocný ztrácí tekutiny kvůli svému onemocnění nebo jako následek léčby, např. ileostomie (Marková, 2010, s. 107).

V péči o pacienta se staráme převážně o to, aby neměl pocit žízně a suchosti v ústech, jelikož tento pocit může být velmi stresující. Je důležité podporovat příjem tekutin ústy a dodržovat správnou péči o dutinu ústní. K výplachům se mohou užívat různé ústní roztoky s dezinfekčním účinkem či bylinné výluhy. Pacienti mívají spíše chuť na chladné nápoje, které se mohou i zamrazit a poté pomalu cucat (ananasová šťáva, Coca-cola). Také žvýkačka, či kyselé bonbony ovlivňují tvorbu slin a měli bychom je pacientovi nabídnout (Vorlíček et al., 2004, s. 112-114). Otázka hydratace je v období umírání velmi náročná, proto je důležité brát ohledy na přání pacienta a jeho blízkých (Marková, 2010, s. 108).

Nevolnost, nebo-li nauzea, je nepříjemný subjektivní pocit „nutkání na zvracení“, který je doprovázený somatickými projevy, např. bledostí, pocením, tachykardií. Pokud nevolnost přetrvává, může být pro pacienta mnohem větší obtíž než zvracení (Vorlíček et al., 2004, s. 73). Zvracení je násilné vypuzení žaludečního obsahu ústy (O'Connor et al., 2005, s. 143). Je způsobeno kontrakcí břišního a bráničního svalstva (Vorlíček et al., 2004, s. 73).

Nevolnost se vyskytuje v 50-60 % a zvracení u 30 % pacientů s pokročilým nádorovým onemocněním (Vorlíček et al., 2004, s. 73). S těmito nepříjemnými symptomy se často vyskytuje pocit vyčerpání, který může snížit kvalitu života (O'Connor et al., 2005, s. 143).

Příčin nevolnosti a zvracení může být mnoho. Jedná se např. o nedostatečnou hygienu dutiny ústní, obstrukce trávicího ústrojí, lokalizované poškození sliznice a žaludku, infekce, hyperglykémie, léky (opioidy, cytostatika), nepříjemný zápach a chuť, strach, úzkost či proti nádorová léčba (Sláma et al., 2007, s. 115).

Léčba nevolnosti a zvracení je závislá na příčině. Pokud je příčina reverzibilní (např. hyperglykémie, hyperkalcémie), je nutná specifická léčba této příčiny. Také je nutné provést celkovou úpravu medikace, jelikož tyto symptomy mohou být nežádoucími účinky některých léků. Dále je možné farmakologické i nefarmakologické ovlivnění. Při nefarmakologickém ovlivnění můžeme využít tyto postupy: zvolit vhodnou polohu při jídle (nejlépe v sedě), jíst častěji a malé porce, pomalu a beze spěchu, jíst lehčí stravu, vyhýbat se nepříjemným a intenzivním pachům a vůním, jíst ve větrané místnosti, každodenní pečlivá hygiena dutiny ústní, otření obličeje a úst studenou vodou před jídlem (Sláma et al., 2007, s.117).

Farmakologická léčba je možná použitím vhodného antiemetika. Zde je vhodné pravidelné preventivní podávání léku ještě dříve, než potíže vzniknou, např. při léčbě opioidy. Pokud jsou zvracení a nevolnost spojeny s příjmem potravy, měly by být léky podány nejméně půl hodiny před jídlem, protože při perorálním podání se účinek dostaví za 20-30 minut a nejvyššího účinku dosáhne po 1 až 2 hodinách. Pokud není možný příjem per os, např. při úporném zvracení, je možné využít aplikaci přes konečník či do podkoží (O'Connor et al., 2005, s.149).

Nechutenství, neboli anorexie je charakterizováno sníženou až vymizelou chutí k jídlu. Jedná se o symptom, který je velmi častý u pokročilých stádií onemocnění (Skála et al., 2005, s. 6).

Velmi častou příčinou nechutenství je nedostatečná léčba bolesti. Další možné příčiny nechutenství jsou např. polykací obtíže, chronická nevolnost, stomatitida, zácpa, léky (chemoterapie, antidepresiva, dioxin), deprese, úzkost, zmatenost, nevhodná příprava jídla, nevhodná strava a prostředí ke konzumaci jídla (Skála et al., 2005, s. 6).

Při symptomatické terapii je velmi důležitá správná léčba bolesti, zácpy a nevolnosti, úprava medikace, mobilizace a celková aktivita nemocného a dietní opatření, ve kterých je kladen důraz na pacientova přání (Skála et al., 2005, s. 6). Z farmakologických prostředků se mohou využít tzv. „stimulátory“ chuti k jídlu, ke kterým patří např. megestrol acetát a kortikosteroidy (Sláma et al., 2007, s.113).

Při řešení nechutenství je na prvním místě zachování příjmu ústy podle dietních doporučení (příloha B). U nemocných, u kterých se nedaří pomocí dietních rad udržet perorální příjem a tělesnou hmotnost, je možné využít přípravky, které se popíjejí po malých dávkách tzv. sipping. Sipping se využívá k popíjení po malých porcích mezi jídly, aby došlo k energetickému obohacení nemocného. Enterální výživa sondou se využívá pokud je alespoň částečně zachována funkce trávicího

ústrojí. Agresivní nutriční podpora nebývá u velmi pokročilých onemocnění běžně indikována, jelikož neovlivňuje celkový výsledek léčby (Sláma et al., 2007, s. 109-112).

Dle Slámy et al. (2007, s.112) je nevhodné pravidelné hodnocení nutričního stavu a vážení pacientů s velmi pokročilým nádorovým onemocněním. Důležitá je komunikace s příbuznými, kterým je třeba vysvětlit, že nechutenství bývá projevem procesu umírání a že nucením svého příbuzného do jídla mohou zhoršit psychický stav nemocného.

Únava je subjektivní pocit, který není přesně definován, zahrnuje však některé ukazatele, ke kterým patří např. slabost, celková slabost, nedostatek energie, ospalost, vyčerpání, nedostatek motivace, znučenost, neschopnost koncentrace. Únava doprovází všechna chronická a nevléčitelná onemocnění. Výskyt únavy se pohybuje mezi 40-100% u pacientů s nádorovým onemocněním a je jedním z jejich nejčastějších symptomů. Přítomnost únavy může být symptomem, který negativně ovlivňuje pocit pohody, každodenní činnosti, vztahy s rodinnou a přáteli, dodržování léčebného režimu a náladu pacienta. Únava působí na fyzickou, mentální, emoční a sociální stránku člověka, proto je nutný všestranný přístup při řešení únavy (O'Connor et al., 2005, s. 115-117).

Faktorů, které se podílejí na vzniku únavy, je mnoho. K faktorům se řadí např. základní onemocnění a jeho léčba, anemie, infekce, plicní onemocnění, srdeční či ledvinové selhání, malnutrice, dehydratace, mobilita, chronické bolesti, farmakologické přípravky a další.

Únava je chronickým problémem, který vede k nečinnosti a snížené schopnosti zvládat stres. Tento problém nepomůže vyřešit ani klid na lůžku, ba naopak. O'Connor et al. (2005, s. 123) uvádí, že „*Winninghamová (1991) ve skutečnosti varuje před „nebezpečím klidu na lůžku“*“

Důležitým faktorem při zvládání únavy je komunikace a edukace. Personál by měl zjišťovat, jak se pacient cítí, jak únava ovlivňuje jeho každodenní život, povzbudit pacienta k vedení deníku únavy, naučit pacienty hodnotit únavu na číselné škále 0-10 a naučit je plánovat aktivity a odpočinek. Velmi důležitou součástí je rozhovor s pacientem o tom, jak se změnili jeho myšlenky s blížící se smrtí. Také je vhodné vypracovat edukační materiály o tom, co je únava, co ji způsobuje, jak ji zvládat, jak je možné řídit čas a další (O'Connor et al., 2005, s. 123)

Pokud pacienti dostanou řádné informace o únavě mohou si naplánovat čas, který jim zbývá. Sestry mohou pacientovi a jeho rodině pomoci při rozložení denních aktivit a odpočinku (O'Connor et al., 2005, s. 124).

Při farmakologické léčbě únavy mohou být nápomocny psychostimulancia, kortikosteroidy, antidepresiva a kofein (Vorlíček et al., 2004, s. 416-418).

Zvyšující se únava a spavost jsou jedním z průvodních projevů umírání. Pokud byla únava léčena aktivně, tedy cvičením, hydratací, výživou a stimulací, je jisté, že přijde doba, kdy je nutné rozhodnout o ukončení aktivní léčby a zaměřit pozornost na podporu pacienta při umírání. Toto rozhodnutí musí být v souladu s přáním pacienta a jeho rodiny (O'Connor et al., 2005, s. 127).

Z psychických obtíží se u pacientů v paliativní péči nejčastěji setkáváme s emocemi jako je strach a úzkost. Strach je přirozenou reakcí na osobní ohrožení, má konkrétní obsah, respektive, člověk si je vědom příčiny, která u něj strach vyvolává. Úzkost je podobná strachu. Rozdíl je však ten, že zdroj obavy si člověk přímo neuvědomuje. Každý nemocný trpí nejistotou a úzkostí, proto je důležité počítat s nimi a nezlehčovat je (Vaňásek et al., 2013, s. 48-49). Mezi nejčastější projevy úzkosti patří především: agitovanost, neklid, nepokoj roztěkanost, zvýšené pocení, tachykardie, zrychlené dýchání, nespavost a poruchy spánku, napětí a obavy z maličkostí, které jsou v jiné situaci snadno řešitelné (Sláma et al., 2007, s. 237).

Smutek doprovází trvalou ztrátu zdraví. Pokud se člověk s touto trvalou ztrátou nevyrovná, může přecházet v depresi či suicidiální tendence. Projevem smutku je pláč. Deprese je reakcí na nadměrnou zátěž. Jedná se o závažný stav psychiky, projevující se dlouhodobě pokleslými náladami. Těžká nemoc může vyvolat anxiózně- depresivní reakci, která bývá spojena s úzkostí, předzvěstí špatné budoucnosti, obavami a beznadějí. Nemocný může mít pocit vlastní bezcennosti. (Vaňásek et al., 2013, s. 48-49). V případě, že smutek přejde do deprese je důležitá vhodná psychologická péče či psychiatrická léčba. Deprese je nemocí, která i v závěru života zasluhuje léčbu. Při řešení psychických obtíží je velmi důležitá otevřená, empatická komunikace s nemocným a také podpůrná psychoterapie, kterou by měl být schopen poskytnout každý zdravotník. Pokud je to nutné je třeba poskytnout speciální psychoterapii, kterou provádí školený psycholog. Z farmakologických prostředků se využívají např. benzodiazepiny, antipsychotika či antidepresiva, psychostimulancia či selektivní inhibitory zpětného vychytávání serotoninu (SSRI) (Sláma et al., 2007, s. 240-241).

## 5 Stanovení cíle práce

Cílem mé bakalářské práce bylo zjistit, zda jsou sestrami využívány principy a postupy paliativní péče v ošetrovatelské praxi v hospici a jak pacient tuto péči přijímá. Ke zkoumání jsem zvolila deskriptivní případovou studii, jednu z typů kvalitativního přístupu, jelikož se domnívám, že nejlépe přiblížila danou problematiku. Případová studie je tedy jedním z přístupů kvalitativního výzkumu. Je charakterizovaná obecně jako „*detailed study of one case or a few cases*“ (Hendl, 1997, s. 104)

Cíl práce jsem dekomponovala do otázek, na kterém jsem hledala odpovědi:

Je péče o umírajícího v hospici založená na principech paliativní péče?

Jak je zjišťována bolest klienta?

Jaké postupy jsou prováděny pro její odstranění?

Jak jsou odstraňovány ostatní nepříjemné symptomy?

Jak byla zachována klientova důstojnost?

Má klient dostatek informací o svém zdravotním stavu, chodu hospice, a poskytované péči?

Je poskytována podpora i blízkým klienta?

Jak klient hodnotí personál hospice?

Je spokojen s péčí?

Je brán zřetel na jeho přání?

Není pobyt příliš nákladný?

Tyto otázky byly sestaveny v konfrontaci s odbornou literaturou, která se paliativní péčí zabývá.

## 6 Výběr případu

Zkoumání jsem podrobila jednotlivý případ – pacienta v hospici, detailně jsem popsala a vysvětlila péči o něho, zvládání obtížných projevů jeho nemoci, takže došlo k takovému typu objasnění, jehož při zkoumání týchž či podobných objektů v souboru nelze dosáhnout. Výhodou případové studie, jak uvádí Průcha a kol. (2003, s. 188–189), „*je možnost hlubokého poznání podstaty případu, nevýhodou omezenost zobecnitelnosti výsledků*.“ Pan J. (jméno pacienta je uloženo na bezpečném místě u autorky textu) byl v hospici jediný, kdo vzhledem ke svému zdravotnímu stavu a typu poskytované péče mohl dát a též dal svobodný souhlas s šetřením a byl ochoten zodpovídat mé dotazy. Pan J. byl ve stabilizovaném stavu s prognózou přežití 4 a více měsíců. Z důvodu naprostého zachování anonymity klienta zde neuvádím ani jméno zařízení, jelikož po čas, který tam klient strávil, byl jeho bydlištěm. Vybraný případ – pacient, reprezentoval určitý typ nebo skupinu obdobných případů, tedy jedince v pokročilém stádiu nevyléčitelné choroby. Zkoumala jsem, charakteristiky daného případu a na rozdíl od statistického šetření, které shromažďuje relativně omezené množství dat od mnoha jedinců nebo případů, jsem zjistila velkého množství dat od jednoho jedince. V této případové studii šlo především o zachycení složitosti zkoumaného případu i o popis vztahů mezi sestrou/sestrami, ostatními členy zdravotnického týmu a pacientem. Šetření se odehrávalo v terénu (field research), což je podstatné a pro případovou studii příznačné.

## 7 Použité metody sběru dat a průběh realizace

Případová studie umožnila zachycení složitosti, detailů, vztahů a procesů probíhajících v rámci ošetrovatelské péče o pacienta v hospici. Předpokládá, že podrobný výzkum jednoho případu přispěje k lepšímu porozumění a pochopení jiných, obdobných případů. Tyto případy je ovšem třeba vnímat a chápat v širším kontextu, eventuálně je srovnat s dalšími případy.

Stanovila jsem otázky, na které jsem hledala odpovědi odkrýváním zkoumaného případu přímo v hospici. Stala jsem se na několik dnů součástí zdravotnického (ošetrovatelského) týmu. Klient i vedení hospice bylo ujištěno, že šetření je zcela anonymní. Byla sepsána smlouva o odborné stáži za účelem sepsání bakalářské práce a podepsána povinná mlčenlivost. Poté mi bylo umožněno konat stáž v rozsahu 7 dnů v měsíci únoru 2013. Zkoumala jsem jak aktuální stav, tak historii tohoto případu.

Data jsem získávala technikou polostrukturovaného rozhovoru s klientem a studiem jeho zdravotnické dokumentace. Dále jsem provedla zúčastněné pozorování, abych zjistila, jestli je péče v hospici opravdu založena na principech paliativní péče. Dle Bártlové (2005, s. 38) „*pozorování znamená soustředěné, cílevědomé sledování se záměrem něco zjistit, poznat, vyzkoumat.*“ Výzkum mi byl umožněn ředitelem a vrchní sestrou hospice. Údaje jsem zaznamenávala na papír a posléze analyzovala a na závěr shrnula a odpověděla na otázky stanovené v kapitole 5. Prvních 6 dní jsem se podílela na péči o klienta a prováděla pozorování personálu při práci, 7. den byl proveden rozhovor s klientem. Při rozhovoru jsme nebyli nikým rušeni.

## **8 Podrobná charakteristika subjektu kasuistiky**

### **8.1 Identifikační údaje o nemocném:**

Jméno a příjmení: V. J. Pacient chce být osloven pan J.

Rok narození: 1932, věk: 81 let

Národnost: Česká

Stav: vdovec, nyní žije s družkou

Zaměstnání: starobní důchod, dříve mistr v oboru strojírenství

Vzdělání: středoškolské, Baťova průmyslová škola

Pojišťovna: 111

Vyznání: nevěřící

Alergie: penicilin

Datum zahájení pobytu: 28.1.2013

kontaktní osoba: přítelkyně, dva synové

Důvod přijetí: Pacient s karcinomem prostaty a metastatickým postižením byl přijat k celkové ošetrovatelské a paliativní péči

Datum stáží: 1.-2.2.2013, 6.-7.2. 2013, 13.-14.2.2013

### **8.2 Lékařská anamnéza**

Klient v dětství prodělal běžná dětská onemocnění. Několik let se léčí pro hypertenzi a hypercholesterolemii. V minulosti měl akutní cholecystitidu, utrpěl frakturu ulny na pravé dolní končetině a byl několikrát operován (dg. cholecystektomie, totální endoprotéza kyčelního kloubu dx./sin., operace tříselné kýly dx.).

Otec klienta zemřel ve 2. světové válce. Matka zemřela na karcinom dělohy v 59 letech. Sourozence nemá. Je vdovec v důchodu. Dříve pracoval jako mistr státní výroby autodílů. Již přes 30 let žije s družkou v bytě ve městě. Má dva syny, kteří za nimi často jezdí. Pan J. je nekuřák. Tvrdý alkohol pije pouze příležitostně, 1 velké a 1 malé pivo si dopřeje denně.

V lednu 2013 byl v oblastní nemocnici klientovi diagnostikován biopsicky acinozní adenokarcinom prostaty s ložiskovou perineurální propagací a s následným rozšířením do páteře a pánevních kostí. Dne 9.1.2012 mu byla nasazena hormonální léčba s využitím LH RH (Luteinizing Hormone-Releasing Hormone) analog. Další aplikace by měla proběhnout za 5 týdnů. Lékařem oblastní nemocnice byly stanoveny diagnózy: C61 Zhoubný novotvar prostaty, C795 Sekundární zhoubný



novotvar kosti a kostní dřeň a I10 Arteriální hypertenze. Proto byla lékařem oblastní nemocnice indikována symptomatická a paliativní léčba. Do hospice byl pan J. přijat na vlastní žádost po doporučení lékaře z oblastní nemocnice.

Klient byl alergický na penicilin.

Při přijetí do hospice (28.1. 2013) pan J. uvedl, že nemá chuť k jídlu, měl bolesti v zádech ale potíže s močením a dýcháním neudával. Je mobilní, kachektický. Měl však spíše sklon k obstipaci. Objektivně lékař zjistil, že byl klient orientovaný, spolupracoval, dobře laděný, bez ikteru a cyanosy, hlava byla na poklep nebolestivá, nervus facialis bez patologie, výstupy nervus trigeminus nebolestivé, spojivky bledé, zornice isokorické, fotoreakce zachována, jazyk plazil středem, byla přiměřená žilní náplň karotid, které tepali bez šelestu, souměrně, lymfatické uzliny nezvětšené, štítná žláza nehmatná. Hrudník byl na poklep plný a jasný, dýchání čisté, sklípkovité, pravidelná akce srdeční, ozvy ohraničené. Poklep na páteři byl bolestivý v lumbální oblasti. Břicho bylo měkké, nebolestivé, mírná palpační bolest v hypogastriu, játra palpačně citlivá, peristaltika zachována, tapotement bilaterálně negativní. Končetiny byly bez známek zánětu, mírné perimaleolární otoky, lýtka byla nebolestivá (dokumentace).

### **8.3 Diagnostické metody**

Při hospitalizaci v oblastní nemocnici před přijetím do hospice bylo provedeno hematologické a biochemické vyšetření krve, kde bylo zjištěno PSA 754. Výsledky vyšetření jsou uvedeny v přehledných tabulkách v příloze A.

Při přijetí pacienta do hospice byla provedena vyšetření fyziologických funkcí, které byly v normě. Výsledky jsou uvedeny v příloze C

Hmotnost a BMI klientů se v hospici nezjišťuje.

### **8.4 Terapie**

V propouštěcí zprávě ze dne 9.1.2013 z oblastní nemocnice byla uvedena farmakoterapie podávána per os během pobytu v nemocnici: Prestance 10/5 mg tbl. 1-0-0, Trimepranol 10 mg tbl. 1-0-1, Godasal 100 mg tbl 0-1-0, Lexaurin 1,5 mg tbl 1-0-1, Tralgit SR 100 mg SOS, Zolof 50 mg tbl. 1-0-1 a Caviton 50 mg tbl. 1-0-0. Dne 9.1.2013 byla klientovi aplikována LH RH analoga, další aplikace by měla proběhnout za 12 týdnů. Plánovaná kontrola byla naplánována za 5 týdnů po aplikaci.

Během pobytu v hospici byl ke stávající farmakoterapii po zhodnocení lékařem přidán Fortercortin 4 mg tbl 1-0-0-0, Helicid 20 mg cap. 0-1-0-0, Stilnox tbl 0-0-0-1,

Bonefos 800 mg tbl 1-0-0-0, Lactulosa sir. 1-0-0-0 a odebrán Godasal 100 mg tbl 0-1-0. Dále byla indikována Dolmina 75mg, 1 amp intra muskular v případě bolesti zad.

### 8.5 Ošetrovatelská péče

Pan J. byl plně orientovaný, 81letý pán, který svá onemocnění příliš neprožíval. Když bylo potřeba, vyhledal pomoc. Byl spíše introvertní, ale komunikaci s ním se mi podařilo navázat dobře. Při rozhovoru odpovídal přiléhavě a rozhodně.

Pan J. se již několik let léčil s hypertenzí, na kterou užíval antihypertenziva. Nikdy své zdravotní potíže nepovažoval za vážné. Konstatoval, že se příliš nesledoval, jelikož na to nebyl čas. V případě obtíží vyhledal lékaře. Ještě před vánoci 2012 se cítil zcela v pořádku. Během vánoc 2012 se jeho zdravotní stav náhle zhoršil. Musel do nemocnice a cítil se velmi špatně. Během pobytu v hospici se pocitově jeho zdravotní stav zlepšil, ale již to není jako dřív. Nyní si je vědom svého závažného onemocnění, ale snažil se na něj nemyslet.

#### 8.4.1 Fyziologické potřeby

- Potřeba být bez bolesti

Před přijetím do hospice: Pan. J. chronické bolesti v mládí nemíval, pouze akutní spojené s prodělanou akutní cholecystitidou, ale to už je hodně dávno. Na občasné bolesti užíval běžně dostupná analgetika, např. Paralen, Ibalgin. S věkem pak přišli bolesti kyčelních kloubů. Panu J. byla provedena totální endoprotéza obou kyčelních kloubů, přibližně před 15 lety, ale kdy přesně to bylo, si nevzpomněl. Od té doby trvalejší bolesti nemíval. Mírně silnou trvalou bolest zad začal pociťovat až v nemocnici, kde byl hospitalizován od 31. 12. 2012 do 21. 1. 2013, pro celkovou slabost, únavu a vysokou teplotu (39,5°C). Po vyšetření byly zjištěny metastázy v páteři a pánevních kostech. Byla mu naordinována slabá opiátová analgetika- Tralgit 100 mg á 12 hodin. Po anagetiích bolest ustoupila, ale přesto se cítil slabý, neměl chuť k jídlu a téměř nechodil. Také se objevily potíže s vyprazdňováním v podobě obstipace ( dokumentace, pacient).

Během pobytu v hospici: Každý den byla u pana J. zjišťována bolest na číselné stupnici od 0-10 a zjištění bylo sestrou zaznamenáno do dokumentace. Na začátku pobytu byla v dokumentaci zaznamenána bolest na stupni č.3 a označena za mírně silnou trvalou bolest. Pan J. byl poučen o nutnosti oznámit sestře, případně ošetrovatelce, kdykoliv by se vyskytla bolest. Panu J. byl každý den podáván Tralgit

100 mg ráno a večer. Během mých stáží bolesti neudával, ale dne 12.2. 2013 v 21:30 si klient sestře stěžoval na bolest v zádech na stupni č. 2- mírná bolest (použitá stupnice 0-10). Byla mu aplikována Dolmina 75 mg/1 ampule intra muskulárně. Bolest ustoupila přibližně do půl hodiny a v noci mohl klidně spát. Další den (13.2.2013) byl opět bez bolestí. Dále užívá Bonefos 800mg a léky ze skupiny anxiolytik a antidepresiv (dokumentace, pacient). Při stáži jsem zjistila, že u klientů, tedy ani u mého klienta, není nabízena alternativní terapie léčby bolesti, ač ji odborná literatura uvádí jako vhodný i když pouze okrajový doplněk k medikamentózní léčbě.

- Potřeba dýchání

Před přijetím do hospice: Pan J. problémy s dýcháním nikdy neměl. Říkal, že byl velký sportovec, takže srdce a plíce měl v pořádku, kdyby ne, nemohl by sportovat. Občas měl rýmu nebo kašel. Žádná vážnější onemocnění dýchacího ústrojí, typu TBC nebo zápalu plic, neuvedl. Pan J. byl nekuřák a nikdy tabákové výrobky nezkoušel (pacient).

Během pobytu v hospici: Pan J. si na potíže s dýcháním nestěžoval. Dýchání bylo čisté, sklípkovité bez subjektivního pocitu dušnosti. Frekvence se pohybovala mezi 16-18 dechy za minutu (dokumentace, pacient, pozorování).

- Potřeba hydratace

Před přijetím do hospice: Pan. J. obvykle vypil 1, 5 až 2 litry denně, z toho 800 ml tvořilo pivo, dvě velké kávy (cca 400 ml), zbytek voda a čaj. Při otázce, jestli pil alkohol, odpověděl, že pouze příležitostně, měl na mysli tvrdý alkohol, jelikož pivo za alkohol nikdy nepovažoval. Také měl moc rád polévky, ty jedl téměř vždy před hlavním jídlem. Pan J. velkou žízeň nikdy příliš nepocíťoval (pacient).

Během pobytu v hospici: Pan J. byl dobře hydratovaný, pocit žízně neměl a kožní turgor byl přiměřený věku. Pan J. měl na stolku postavenou konvici se sladkým čajem a byl schopen se sám obsloužit. Čaj mu zde chutnal a vypil ho přibližně 750 ml za den. Také vypil jedno velké pivo a část balené minerálky, kterou mu přinesla rodina. Jeho pitný režim v hospici byl přibližně 1,5 litru za den. Ve stacionáři si občas dopřál malou skleničku tvrdého alkoholu. Pokud měl zájem o kávu, byla mu k dispozici kuchyňka, nebo mu ji personál připravil sám. Panu J. bylo doporučeno sestrami hodně pít, i kvůli zácpě. Vypité množství tekutin bylo zaznamenáno do dokumentace (dokumentace, pacient, pozorování).

- Potřeba výživy

Před přijetím do hospice: Pan J. byl zvyklý stravovat se v závodní jídelně. Jídlo sice nebylo na takové úrovni jako dnes, ale nic lepšího v té době neznali, takže mu to nijak nevadilo. Téměř celý život nesnídal, pouze vypil hrnek kávy. Večeři obvykle obstarávala žena, později pak přítelkyně. Nejradši měl k jídlu maso na různé způsoby s přílohou. Zeleninu nejedl každý den ale přibližně 3x do týdne ano. Ovoce příliš nejedl. Žádné diety nikdy nedržel. V důchodu začal snídat a zvykl si jíst třikrát denně. Říká, že je to i kvůli přítelkyni, která je diabetička, aby nejedla sama (pacient).

Během vánoc 2012 přestal mít o jídlo zájem, 30. 12. 2012 dostal vysokou teplotu a 31. 12. 2012 ho rodina odvezla do nemocnice. Během pobytu v nemocnici neměl chuť k jídlu, jedl jen polévky a dorty, které přinesla přítelkyně. Také popíjel nutridrink. Domnívá se, že zhubl tak 5-6 kilo, ale neví přesně kolik, jelikož se nevážil. Dříve vážil okolo 63 kilogramů (pacient).

Během pobytu v hospici: Pan. J má v hospici racionální dietu a jídlo mu zde velmi chutnalo. Říkal, že zde vaří úžasně. Z počátku dostával pouze poloviční porce, které mu stačili. Dne 6.2.2013 snědl jeho družce 2. večeři a rozhodl se, že zkusí požádat o celé porce. 7.2. 2013 se domlouvá s nutriční terapeutkou a paní doktorkou na celých porcích. Pana J. velmi překvapilo, že když dostal chuť na krupičnou kaši, byla mu druhý den donesena. Jeho chuť k jídlu se zlepšila a pohybovala se okolo 100%, při příchodu do hospice to bylo okolo 50%. Váha a BMI nebylo zjišťováno jelikož to není v tomto zařízení zvykem(dokumentace, pacient, pozorování).

Pan J. byl na první pohled slabý a kachektický. Na kachexii poukazovali propadlé tváře a mírně vystupující žebra, volný oděv a mírné otoky okolo kotníků. Panu J. byl každý den ráno podáván Helicid 20mg (dokumentace, pozorování). Zjistila jsem, že v hospici se klienti neváží, pokud o to sami nepožádají. Dle odborné literatury se to u pokročile nemocných ani nedoporučuje. Je to z toho důvodu, že většina klientů přicházejících do hospice je imobilních a upoutaných na lůžko. Druhým důvodem, proč se klienti neváží, je i psychická zátěž spojená s prokázáním zhoršujícího se zdravotního stavu, při kterém zpravidla dochází k váhovému úbytku.

- Potřeba vylučování stolice a moči

Před přijetím do hospice: Pan J. nikdy potíže s vyprazdňováním neměl. Na stolici chodil pravidelně 1 až 2 denně, obvykle ráno. Potíže s vyprazdňováním stolice nastaly až při pobytu v nemocnici, kde začal mít zácpu. Bylo mu řečeno, že to

způsobují opiatové léky a také nedostatek pohybu. Zácpu řešili podáním projímadla, které mu pomohlo. Potíže s vyprazdňováním moče pan J. negoval (pacient).

Během pobytu v hospici: Pan J. dostával každý den projímadlo Lactulosu, obvykle ráno. Většinou se dobře vyprázdnil. Na stolici chodil tak 1x za 2 dny. Nepříjemné pocity spojené se zácpou neměl. Potíže s močením neudával. Pan J. si o francouzských holích sám došel na WC, které bylo na pokoji. Frekvence stolice se zaznamenávala každý den do dokumentace (dokumentace, pozorování).

- Potřeba hygieny a stav kůže

Před přijetím do hospice: Doma se pan J. sprchoval jednou za dva dny, doma měli sprchový kout, takže mu to nedělalo problémy. Umýt se zvládl sám nebo s malou pomocí družky. V nemocnici se do sprchy sám neodvážil, jelikož byl slabý. Do sprchy chodil jednou za dva dny v doprovodu nemocničního personálu a musel sedět, jinak se bál, že upadne. Potíže při hojení drobných ran neudává (pacient).

Během pobytu v hospici: Pan J. byl upravený, měl krátce zastřižené vlasy a nehty. Do sprchy si došel sám. S hygienou míst, kam nedosáhl, mu pomáhala družka případně personál. Sprchoval se téměř každý den ráno. Jednou týdně ho personál bral do vany. Tuto změnu vítal, velmi se mu líbily všechny možné bublinky, říkal, že je to pro něho taková relaxace. Vousy a chloupky v uších si nechával holit/ zastříhnout od personálu jednou týdně. Po holení užíval vodu po holení. Nehty mu stříhal také personál. Pan. J měl mírně suchou pokožku, proto mu ji po každé sprše promazával personál tělovým mlékem. Bylo vidět, že měl zájem vypadat dobře. Pan J. měl dobře zhojené jizvy po totálních endoprotézách na obou kyčlích a po cystektomii v pravém podžebří (dokumentace, pozorování, pacient).

- Potřeba spánku a odpočinku

Před přijetím do hospice: Pan J. potíže s usínáním dříve neměl. Byl zvyklý vstávat okolo 6. hodiny a chodil spát kolem 22. hodiny. Spal celou noc a cítil se odpočatý. O víkendu si ale rád přispal. Ke spánku preferoval chladnější prostředí, proto vždy před spaním vyvětral. Jeho návyky se nezměnili ani při odchodu do důchodu. S rostoucím věkem však pociťoval větší únavu a občas přes den usnul (pacient).

Při pobytu v nemocnici, kde byl během ledna hospitalizován pro slabost a únavu se mu moc dobře nespalo. Bylo tam málo klidu a soukromí, takže se občas v noci probudil a nemohl pak usnout. Během dne často pospával (pacient).

Během pobytu v hospici: Pan J. měl potíže s usínáním i když je v hospici soukromí a klid. Užíval proto před spaním půlku Stilnoxu. Usínal okolo 24. hodiny a spal dobře

celou noc. Ráno se budil okolo 7- 8 hodiny. Během dne občas usnul, většinou po obědě. Lůžko měl polohovatelné, ale preferoval klasickou polohu vleže (dokumentace, pozorování, pacient).

- Potřeba fyzické a psychické aktivity

Před přijetím do hospice: Pan J. byl dříve velký sportovec, hrál fotbal, pin-pong a hodně se věnoval atletice. Také rád chodil na pěší túry po horách. Občas zašel s manželkou nebo přítelkyní do divadla. V důchodu pak pravidelně chodil na krátké procházky s družkou a dětmi, když za nimi přijely. Snažil se být aktivní až do doby, kdy se objevili bolesti kyčelních kloubů a musel na totální endoprotézu, poté s většími aktivitami přestal, ale snažil se chodit na procházky stále. Dříve také hodně četl, nyní spíše sleduje televizi a poslouchá rádio. O domácnost se starala převážně žena, ale „chlapské“ práce zastával on. V nemocnici, kde byl hospitalizován minulý měsíc, toho mnoho nenachodil, kvůli celkové slabosti a únavě (pacient).

Během pobytu v hospici: Pan J. chodil o francouzských holích. Téměř každý den šel s přítelkyní udělat kolečko okolo budovy a provětrat se. Pokud se mu nechtělo jít ven, chodili společně do stacionáře, kde dělali různé práce nebo i zpívali. Přes den také sledoval v televizi sport nebo četl noviny. Někdy si vzala sestra klienty na chodbu, kde jim předčítala knihu. (dokumentace, pozorování, pacient)

- Teplo a pohodlí

Před přijetím do hospice: Pan J. měl rád teplo a pohodlí. Ideální teplota pro něj byla okolo 24°C. Na spaní měl raději chladnější místnost. Za pohodlí považoval místa vše, „kde je mu dobře“. V nemocnici se pohodlně necítil. Bylo tam málo soukromý a příliš velký hluk. (pacient)

Během pobytu v hospici: Pan J. se v hospici cítil dobře, říkal, že prostředí je příjemné. Pokoj se mu zdál teplotně vyvážený a postel pohodlná, její polohovatelnost však nevyužíval (pacient).

- Potřeby sexuality a reprodukce

Před přijetím do hospice: Pan J. byl již vdovcem. Se svou manželkou, která před 30 lety zemřela, měl dva syny. Od těchto synů měl již pět dospělých vnoučat a dvě pravnoučata. Nyní žil již přes dvacet let se svou družkou, která byla bezdětná. Rodina pana J. ji přijala velice dobře. Pan J. říkal, že má svou družku velmi rád (dokumentace -rodokmen, pacient).

Během pobytu v hospici: Pan J. v hospici pobýval společně se svou družkou. Měli prostorný pokoj, který umožňoval sražení lůžek k sobě. Byl moc rád, že mohl mít svou družku stále u sebe. Říkal, že spolu i usínají (pacient).

#### 8.5.2 Existencionální potřeby

- Potřeba zdraví:

Před přijetím do hospice: Pan J. i přes prodělané operace nepovažoval svůj zdravotní stav za špatný. Již několik let se léčil pro hypertenzi, ale nikdy nepocíťoval, že by ho nějakým způsobem omezovala. V době, kdy pracoval, byly povinné lékařské prohlídky u závodního lékaře, které pravidelně absolvoval, a neměl s nimi problém. Nařízení lékařů se vždy snažil dodržovat. Zdravotní stav si udržoval sportem. Velmi se divil, když mu byl před pár týdny diagnostikován karcinom prostaty s rozšířením do kosti. Říkal, že to byl pro něj šok, jelikož ještě před půl rokem se cítil v pořádku a neměl žádné potíže, které by na toto onemocnění poukazovali. Byl si vědom, závažnosti situace, ale byl rád, že se léčí (pacient).

Během pobytu v hospici: Na panu J. bylo vidět, že se na nemoc snaží nemyslet. Říkal, že se mu ani nezdá, že by se to nějak zhoršovalo. Při rozhovoru mi sdělil:

*„Mám pocit, že v nemocnici mě už odepsali ale tady ne. Ted' se mi zdá, že je to spíše lepší.“* Také bolesti, které ho omezovaly v pohybu, hodně ustoupily. I přes jeho energii k životu věděl, že v hospici chce zůstat, že na život doma by si již netroufal (pacient).

- Potřeba bezpečí a socioekonomické jistoty

Pan J. byl již v důchodu. Bydlel v bytě se svou družkou, která byla též v důchodu. Všechno zvládali docela dobře sami, případně jim pomohl někdo z rodiny. Neměl pocit že by někdy byli ve finanční tísní, žili sice skromně, ale nijak jim to nevadilo. Neměli žádné velké finanční výdaje, takže se jim podařilo i něco ušetřit. O byt se nyní střídavě starala rodina. Pobyt v hospici si hradil ze svého důchodu a našetřených peněz. Pomoc rodiny ve financování odmítl, protože to zvládali dobře sami. Jako osoby, kterým bylo možno sdělovat informace o jeho zdravotním stavu, uvedl svou družku a své syny (dokumentace, pacient).

Během pobytu v hospici: Pan J. se v hospici cítil bezpečně a líbilo se mu zde. Věděl, že je zde vždy někdo, na koho se může obrátit se svými starostmi. Velmi si pochvaloval, chování a vstřícnost personálu při plnění jeho přání. Finanční tíseň nepocíťoval. Nebál se, že by nezvládl hradit pobyt. Informace o financování péče mu poskytla sociální pracovnice (pacient, dokumentace).

- Potřeba bydlení

Pan J. bydlel se svou družkou v bytě. Byt byl v přízemí a měli ho v osobním vlastnictví. Nacházel se v lokalitě, kde byla dobrá dostupnost MHD. Bydlel zde už mnoho let a je na něj zvyklý. O byt se nyní starala rodina. On chtěl zůstat v hospici natrvalo (pacient).

- Potřeba soběstačnosti

Dříve byl pan J. zcela soběstačný a nebyl na nikom závislý. O děti se staral společně se svou 1. ženou. Ve stáří občas potřebovali pomoc rodiny, např. při nakupování a zařizování na úřadech. Nyní si byl pan J. vědom toho, že už nezvládne tolik věcí co dříve a že bude potřebovat stále více pomoci, proto se rozhodli vyzkoušet hospic, který mu našla rodina (pacient).

Při pobytu v hospici: Pan J. je byl stále poměrně soběstačný a vitální pán. Při péči o svojí osobu se snažil mnoho věcí udělat sám. S některými činnostmi mu pomáhala jeho družka nebo personál. V Barthelově testu základních všedních činností – ADL (příloha E) dosáhl 80 bodů, což poukazovalo na lehkou závislost (dokumentace, pozorování, pacient).

- Potřeba informací

Pan J. chtěl být vždy plně informován o svém zdravotním stavu. Myslel si, že je o svém zdravotním stavu dobře informován. V hospici se mu maximálně věnovali a seznámili ho s postupem léčby, léky i chodem hospice. Pan J. věděl, jak se personál jmenuje. Velmi si pochvaloval, chování a ochotu personálu při plnění jeho přání. Také byl informován o záležitostech financování pobytu sociální pracovníci. Informace byli se svolením pana J. také podávány družce a synům (dokumentace, pacient).

- Potřeba struktury a řádu

Pan J. nebyl na pořádek nijak vysazený. Většinu domácích prací vykonávala družka nebo jeho rodina (pacient).

Během pobytu v hospici: Pan J. byl s chodem hospice seznámen. Líbilo se mu, že tam je volnější režim, žádné přesné dodržování časů, co se kdy bude dělat. Svůj den si do velké míry mohl korigovat sám (pacient).



### 8.5.3 Potřeby vztahové

- Potřeba sociální opory

Oporu měl pan J. především ve své družce, kterou měl velmi rád. Dokazovalo to i stálé držení za ruce. Také rodina pana J. byla pro něj velkou oporou. Byl rád, že za nimi často jezdí na návštěvu i s pravnoučaty. Přátelé a kamarádi pana J. bohužel již většinou nebyli mezi živými, ale když byli, velmi mu také oni pomohli v těžkých situacích, jako bylo třeba úmrtí manželky. Nyní také viděl oporu v personálu hospice, který se mu snažil ve všem vyjít vstříc (pacient).

- Potřeba důvěry

Pan J. byl v hospici poprvé a ne příliš dlouho, ale již měl pocit, že ho zde nezklamou. Když sem se ho ptala, z čeho tak usuzuje, říká „*Víte, to poznáte, když se k vám hezky chovají hned od začátku, co sem přijdete. Nejprve vás hezky uvítá recepční, a poté jste odveden k sestřičkám, které se vás ujmou, ukážou vám váš pokoj a se vším vás seznámí a ještě mají úsměv na tváři, tak máte pocit, že byste jim nemohl nevěřit*“. Věděl, že se zde může kdykoliv komukoliv svěřit se svými starostmi. Při péči o něj jsem se setkala také s potěšením, že nás vidí. Bylo to především v době, kdy musela jeho družka na čas hospic opustit a on tam zůstal sám. Dokonce jsme spolu vypili kávu a byla jsem pozvaná na „panáka“. Proto se domnívám, že pan J. personálu hospice důvěřoval (pacient).

- Potřeba komunikace

S panem J. nebyl žádný problém navázat kontakt. Když jsem mu říkala, že bych o něm ráda napsala svou bakalářskou práci, souhlasil. Říkal „*rád Vám pomůžu*“. Pan J. byl spíše introvertní. Trvalo déle než se otevřel, ale povídal si rád. Měl mírnou smyslovou bariéru a to sluchovou, proto byl nutný mírně vyšší tón hlasu při komunikaci s ním. Při komunikaci bylo ze strany personálu dodržováno oslovení pan J. S personálem hospice jsem nezaznamenala žádné potíže při komunikaci. Personál s panem J. komunikoval a bylo vidět, že se kontaktu s ním nijak nevyhýbají. Se svou rodinou byl pan J. v kontaktu. S družkou byl v kontaktu každý den, jelikož byla s ním na pokoji ubytována. S ostatními členy komunikoval přes telefon a byl často navštěvován (dokumentace, pacient, pozorování).

- Potřeba pečovat o druhé

Pan J. dříve pečoval o své děti, když byly malé. Ještě před onemocněním byl velmi vitální a pomoc druhých potřeboval jen někdy, např. při zařizování na úřadech.

Pomáhala mu rodina a družka. Byl si vědom toho, že se jeho zdravotní stav bude pravděpodobně zhoršovat, i když to zatím nepocíťoval. Věděl, že pomoc druhých potřebovat bude, ale zároveň dodal, že si myslí, že zde mu budou ochotni pomoci. Myslel si, že když by pomoc druhým zdravotní personál obtěžovala, že by v takovém zařízení nepracovali. Proto se rozhodl zůstat v hospici. Domníval se, že doma by to už nemuseli zvládnout (pacient).

#### 8.5.4 Potřeby sebepojetí a sebeúcty

- Potřeba úspěchu, sebeuvědomění, sebeúcty a autonomie

Pan J. nebyl příliš založený na budování vlastní kariéry, i když ho práce bavila, ale co hodně chtěl, byl úspěch ve sportu. Podařilo se mu získat několik medailí v atletice a v pin pongu, za což byl vždycky nesmírně rád. Nikdy neměl pocity méněcennosti. Možná chvíli na začátku důchodu, když byl pár dní doma, ale to ho za nějakou dobu přešlo. S družkou chodili na procházky a více jí pomáhal s domácími práce, které dříve nedělal (pacient).

Na panu J. bylo vidět, že má zdravé sebevědomí a méněcenný si nepřipadá. Je spokojený s výchovou svých dětí. Myslí si, že z nich s manželkou vychovali dobré lidi. Byl spokojený, jak mu rodina funguje (pozorování, dokumentace, pacient).

- Potřeba pochopení

Pan J. považoval personál hospice za lidi, kteří mají pro ostatní pochopení. Domníval se, že když by nastal nějaký problém, že ho vyslechnou a budou se mu snažit pomoci, za což byl velmi rád. V hospici také fungoval psycholog a docházeli tam dobrovolníci, což ocenil, jelikož si alespoň mohl popovídat. Návštěva psychologa, dobrovolníků nebo rodiny byla vždy zaznamenána v dokumentaci (dokumentace, pacient).

- Potřeba intimity

Pan J. byl rád, že má vlastní pokoj a mohl ho nerušeně sdílet se svou družkou. Při návštěvách měl klid a nikdo je nerušil. Personál vždy zaklepal a vyčkal na vyzvání. Při situacích, kde se pan J. musel odhalit, byla vždy s maximální možnou mírou respektována jeho intimita (pozorování, pacient).

- Potřeby poznání, moci a submise

Pan J. dříve pracoval jako mistr výroby autodílů. Měl pod sebou přes 30 lidí, které musel řídit. Většinou neměl s podřízenými konflikty a snažil se s nimi dobře

vycházet. Byl ale zvyklý na pečlivost, kterou po nich vyžadoval. Byl pro ně autoritou, která se v oboru vyzná (pacient).

Pan J. měl zájem o poznání prostředí hospice. S personálem se byl jednoho odpoledne podívat v knihovně, v kapli i restauraci, která nyní slouží jako společenská místnost (pacient, dokumentace).

#### 8.5.5 Potřeby Být

- Potřeba víry, přesvědčení a životních hodnot

Pan J. patřil mezi lidi, kteří nevěří v Boha. Během pobytu v hospici však kapli vidět chtěl. Říkal, co se má stát, stane se, a že náš život je někde předurčen. Hodnoty pana J. se měnily s věkem. V mládí považoval za nejdůležitější úspěch ve sportu. Nyní pro něj byla nejdůležitější spokojenost a zdraví rodiny a jeho družky, pocit, že Vás má někdo rád, a svoje zdraví. Peníze sice považoval za důležité k životu, ale určitě ne nejdůležitější. Klient si přál být co nejdéle soběstačný v rámci svých možností (pacient).

- Potřeby kulturní, pracovní, estetické ba tvůrčí

Pan J. dříve občas zašel s ženou, později s družkou, do divadla. Také se rád stýkal se svými přáteli, kteří už bohužel nežili. Nyní byl pan J. v důchodu a říkal, že už hodně dlouho nikde se svou družkou nebyli. Raději bývali doma, kde sledovali televizi a nebo poslouchali rádio. Společnými silami se snažili starat o domácnost (pacient).

Pan J. mi sdělil, že nikdy nebyl žádný velký estét, ale konstatoval, že prostředí hospice je velmi pěkně a příjemně zařízené, což ho docela překvapilo. Během pobytu chodil téměř každý den do stacionáře, kde se věnoval nejrůznějším činnostem. Pan J. zjistil, že mu příliš nejde keramika a že je na ní „úplně levej“. Rádi tam ale zpívali. Také sledoval sportovní přenosy v televizi, četl noviny, nebo si pustil rádio (pacient, pozorování, dokumentace).

#### 8.5 Pozorování zdravotnického týmu

Tým, který se podílel na péči o pana J., byl multidisciplinární. Na péči o něj se podílely lékaři, sestry, ošetřovatelé, nutriční terapeut, psycholog, sociální pracovníce, dobrovolníci a ostatní pracovníci zajišťující chod hospice. Kaplan, který byl v hospici k dispozici, se na péči o pana J. nepodílel, jelikož klient nevyslovil přání mluvit s kaplanem, ač mu byla tato možnost nabídnuta. V týmu byla patrna dobrá spolupráce. Sestry se ptaly ošetřovatelek na jejich postřehy u klientů, stejně tak lékaři intenzivně probírali plán péče se sestrami a ptali se na jejich názor. Bylo vidět, že si

plně uvědomují, že bez ostatních profesí by péče o klienty dobře nefungovala a vážili si jeden druhého. V dnešní době to považuji za něco nevídaného, jelikož při praxi v nemocnicích jsem se mnohdy ještě stále setkávala s formou nadřízenosti a podřízenosti mezi sestrami, ošetřovateli a lékaři.

V hospici bylo velmi dbáno na přání klientů, která se týkala péče o ně. Pokud klient nesouhlasil s některým z postupů, i když třeba z pohledu zdravotnického vhodným, bylo mu vyhověno bez jakýchkoli předsudků. Samozřejmostí bylo klienty, případně rodinné příslušníky, informovat o postupech léčby a péče.

Při péči o klienty také panovala veselá nálada, smích a vtipné historky. Personál ke klientům přistupoval lidsky, jak by se dalo v takovém zařízení předpokládat. Myslím si, že smích a dobrá nálada také patří k umírání, jelikož člověka uvolní a dává mu zapomenout na špatné, co se děje kolem.

Také se mi velmi líbilo jednání s pozůstalými, kterým byla nabídnuta možnost psychologické péče, ale i pozvání na různé vzpomínkové akce, či jen si přijít vypít kávu, posedět a popovídat. V době mé stáže se mi poštěstilo být zrovna u toho, když rodinní příslušníci přišli za personálem měsíc po úmrtí jejich blízkého poděkovat za péči o něj. Personál je pozval na kávu a na koncert, který se měl v brzké době udát v prostorách hospice. S družkou mého klienta jednal a komunikoval personál přívětivě a bylo vidět, že jim při práci nijak nepřekáží. Ona sama mi sdělila, že jsou strašně milí a že jejich chování se jí líbí. Zároveň mi řekla, že jí sdělili, že když bude chtít, může se kdykoliv přijít na něco zeptat, vypovídat se, nebo se poradit a že může využít i služeb místního psychologa.

Zjistila jsem, že většina personálu hospice jsou věřící lidé. Vypozorovala jsem, že personál má svou práci rád, je obětavý a péče o klienty ho nijak neobtěžuje. Nesetkala jsem se se slovy „*co zase chce*“.

Jelikož se v hospici vyskytovali i dobrovolníci, považuji za důležité zmínit i jejich důležitou práci v péči o klienta. Dobrovolnictví v takovémto zařízení je zcela dobrovolné a bez nároku na honorář. Mezi dobrovolníky jsem zaznamenala studenty, lidi různých profesí, důchodce ale i například profesorku gymnázia. Jejich důležitost je nediskutovatelná. Dobrovolníci obvykle měli pro klienta/ty připravený nějaký program, četli jim, povídali si s klienty, nebo je vzali ven.

Také fungování stacionáře hodnotím velmi kladně z hlediska sociální a psychické péče o klienta.

Odpověď ředitele hospice, že „*paliativní péče je dostupná každému, bez ohledu na finanční prostředky*“, mě utvrdila v tom, že po této stránce hospic podmínku rovnoprávnosti splňuje.

## **9 Shrnutí případu a zodpovězení otázek**

Pan J byl 81letý pán s karcinomem prostaty a následným rozšířením do kosti. Byla mu tedy indikována paliativní a symptomatická léčba. U klienta se vyskytli obtíže které bylo potřeba řešit. Potíže byly následující: bolest, zácpa, nechutenství a mírné obtíže se spánkem v podobě zhoršeného usínání.

Pro měření intenzity bolesti byla v hospici využívána číselná stupnice 0-10, byl zjišťován charakter i místo bolesti s následným zanesením do dokumentace.

Při podávání analgetik bylo využito pravidlo „dle hodin“, nikoliv dle potřeby. Klientovi byla podávána analgetika která se řadí mezi slabé opiáty a která mu dobře zabírala. Z tohoto vyplývá že byl dodržen třístupňový analgetický žebříček WHO (viz str. 29) Dále byla klientovi podávána anxiolytika, antidepresiva a bifosfonáty. Přípravky z těchto skupin jsou dle literatury vhodné při léčbě bolesti a jsou nazývány koanalgetiky. V případě nečekané, průlomové bolesti byla aplikována nesteroidní protizánětlivá analgetika. Jiné postupy v řešení bolesti u klienta nebyly využity ani mu nebyly nabídnuty. U klienta se po podávání opiátových léků objevila na počátku léčby zácpa. Zácpa byla řešena podáváním projímadla každý den i kvůli prevenci. Dále bylo klientovi doporučeno dostatečně pít a hýbat se v rámci svých možností. Literatura podání projímadla preventivně doporučuje, proto tento postup shledávám jako vhodný. Nechutenství, kterým klient trpěl, se podařilo dobře zvládnout. Při mé stáži měl chuť k jídlu. Zprvu dostával malé porce, později si zažádal o celé porce. Byla dobře korigována bolest i zvládnuta zácpa. Tyto symptomy mohou být jednou z příčin nechutenství. Také byl klient podporován ve fyzické aktivitě. Obtíže se spánkem byly řešeny medikamentózně.

Zachování důstojnosti bylo patrné z oslovení a z jednání s klientem. Klient byl oslovován tak, jak se s personálem domluvil. Pro kontaktu s klientem byla respektována jeho intimita a soukromí. Po dobu mé stáže klient neměl příliš mnoho přání, ze kterých bych mohla posoudit do jaké míry jim je vyhověno ze strany personálu. Dvě přání, která měl, mu byla splněna. Přál si zůstat v hospici se svou partnerkou a krupičnou kaši.

Klient dostával informace o jeho zdravotním stavu, chodu hospice a poskytované péči i o financování hospice. Pokud měl další otázky, vždy mu byly ochotně zodpovězeny. Klient byl s informacemi spokojen, proto považuji jeho

informovanost za dostatečnou. Hodnocení personálu ze strany klienta bylo kladné. Klient považoval personál za milé a obětavé lidi, kteří mají svou práci rádi.

Z pozorování ale i z rozhovoru s družkou klienta je patrné, že péče o rodinu i pozůstalé klientů je personálu hospice velmi blízká.

## 10 Diskuse

Existují kvalifikační práce, které se zabývají problematikou paliativní péče a péče o umírající. Jsou velmi často pojaty formou ošetrovatelské kasuistiky, kde se autor přímo zapojuje do ošetrovatelského procesu jako aktivní účastník, který stanovuje ošetrovatelské cíle, plány, diagnózy, realizaci a hodnocení. Mojí snahou však bylo přiblížit reálnou situaci v péči o klienta ve vybraném zařízení, proto zde ošetrovatelské diagnózy neuvádím, jelikož nebyly součástí ošetrovatelské dokumentace. I přes to, že nebyly diagnózy stanoveny, hodnotím péči velmi kladně. V dokumentaci byl popsán každý den klienta a sesterská hlášení byla velmi podrobná.

Formu výzkumu považuji za vhodnou, jelikož se domnívám, že případová studie dobře přibližuje péči o klienta. Kvantitativní forma by pravděpodobně nepřiblížila důležité aspekty péče, které se dají zjistit pouze pozorováním. Zúčastněné a skryté pozorování mi umožnilo poznat hospicovou péči z bližšího pohledu. Stala jsem se členem týmu, který se na péči o klienta podílel. Personál mě považoval za člena, což považuji za důležité, jelikož neměl potřebu cokoliv předstírat a choval se přirozeně. Skutečnost, že budu také provádět pozorování, jsem však sdělila vrchní sestře, která jediná věděla, že budu pozorovat také personál. V době příchodu na oddělení však nahlásila, že si budu sepisovat pouze kasuistiku u pana J. a že jsem zde na praxi.

Pana J. jsem poznala v době, kdy byl ve stabilizovaném stavu, takže mohl být též klientem domácí hospicové péče. Ale nebyl, jelikož zvolil hospicovou lůžkovou péči.

Poznala jsem vztahy jak mezi personálem navzájem, tak mezi personálem a klienty. Velmi mile mě překvapila téměř domácí atmosféra. Komunikace v týmu byla na úrovni partnerské, nikoli na úrovni nadřazenosti. Komunikace mezi personálem a pacientem byla též na úrovni partnerské. Je možné, že to bylo i z důvodu toho, že většina personálu byla věřících. Domnívám se, ač sama se řadím mezi nevěřící osoby, že je to velmi přínosné pro pochopení psychiky umírajícího.

Dobrovolnictví je velkým přínosem pro samotné klienty, neboť dobrovolníci mohou být psychickou ale i sociální oporou.

Jelikož pro lidskou bytost je velmi důležité být co nejdéle soběstačný. Personál podporoval soběstačnost klientů až do poslední chvíle, kdy toho byli klienti schopni.

Paliativní péče by měla být dostupná pro každého bez ohledu na finanční, rasovou, etnickou či třeba náboženskou podstatu. Snažila jsem se vypořádat, jestli někteří klienti nejsou pro svůj původ či náboženskou orientaci někým z personálu zanedbáváni, či je jim poskytována menší kvalita péče. Tuto otázku však nemohu zodpovědět, jelikož v době mého působení se v hospici nikdo s výrazným etnickým či rasovým odlišením od české populace nenacházel.

Z finančního hlediska mohu konstatovat, že na paliativní péči má nárok opravdu každý bez ohledu na jeho ekonomickou situaci. V hospici se nacházeli i klienti, kteří nebyli příliš dobře situovaní.

Myslím, že pro hospicový typ péče je vhodné, když je personál věřící, jelikož, dle odborné literatury (Marková, 2010, s. 90) se i nevěřící člověk může na konci života zabývat duchovními otázkami, na které mu pravděpodobně lépe odpoví věřící člověk než člověk nevěřící. Tím však nechci říci, že v hospici nemůže pracovat nevěřící člověk, samozřejmě může, ale musí být na otázky, které se mohou týkat spirituálních potřeb klientů připraven.

Seznámení se s prostředím hospice, s klienty i personálem který se paliativní péči věnuje bylo pro mne velmi poučné. Poznala jsem ochotu, laskavost a lidský přístup ke klientům, což jsou nedílné součásti při poskytování paliativní péče. Touto prací jsem poukázala na velmi specifické odvětví medicíny a ošetrovatelské péče, které je zaměřeno především na důstojný a klidný odchod ze světa, nikoliv na vyléčení nemocného.

## **11 Závěr**

Práce popisuje reálný stav poskytování paliativní péče v jednom z českých hospiců. Jejím cílem bylo zjistit, jestli personál respektuje principy paliativní péče a jakým způsobem se stará o klienty a řeší jejich obtíže. Tento cíl byl naplněn vypracováním případové studie u jednoho klienta a pozorováním personálu. Při zpracování této případové studie bylo zjištěno, že personál se drží principů paliativní péče a snaží se využívat doporučené postupy při péči o klienty a řešení jejich obtíží. Takto poskytovaná péče by měla být příkladem všem zdravotníkům a pracovníkům ve zdravotnictví, především těm, kteří se starají o nevyléčitelně nemocné.

Věřím, že tato práce vyvrátí tvrzení těm, kteří se domnívají, že do hospice se chodí „jen zemřít“, a že paliativní péče je pouze pasivním typem péče. Dobře poskytovaná paliativní péče by měla být užitečná pro každého nevyléčitelně nemocného a může mu přinést i příjemně prožitý zbytek života.

Podrobné šetření jednoho případu přispělo k lepšímu porozumění a pochopení jiných, obdobných případů a přispělo k lepšímu porozumění oboru zvaného paliativní péče. Tento případ je však třeba chápat v širším kontextu, a proto jej doporučuji srovnat s dalšími případy. Jako námět pro další výzkum navrhuji zaměřit se na poskytování paliativní péče a jejích principů a postupů v zařízeních, která se přímo paliativní péčí nezabývají, ale s nevyléčitelně nemocnými klienty se setkávají. Bylo by zajímavé zjistit a porovnat, jaké jsou rozdíly v péči o klienty i ve fungování celého týmu, který poskytuje péči nevyléčitelně nemocnému klientovi.



## Seznam použité literatury a informnačních zdrojů

- 1) BÁRTLOVÁ, Sylva, Petr SADÍLEK a Valérie TÓTHOVÁ. *Výzkum a ošetřovatelství*. 1. vyd. Brno: Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2005, 146 s. ISBN 80-7013-416-X.
- 2) BLUMENTHAL-BARBY, Kay. *Kapitoly z thanatologie*. Praha: Avicenum, 1987, 149 s.
- 3) HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Thanatologie: nauka o umírání a smrti*. 2., přepr. vyd. Praha: Galén, c2007, 244 s. ISBN 978-807-2624-713.
- 4) HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Lékařská etika*. 3. rozš. vyd. Praha: Galén, 2002, 272 s. ISBN 80-726-2132-7.
- 5) HENDL, Jan. *Úvod do kvalitativního výzkumu*. Praha: Karolinum, 2005. 243 s. ISBN 80-7184-549-3.
- 6) KELNAROVÁ, Jarmila. *Tanatologie v ošetřovatelství*. Vyd. 1. Brno: Littera, 2007, 112 s. ISBN 978-80-85763-36-2.
- 7) MARKOVÁ, Monika. *Sestra a pacient v paliativní péči*. 1. vyd. Praha: Grada, 2010, 128 s. ISBN 978-802-4731-711
- 8) MUNZAROVÁ, Marta. *Vybrané kapitoly z lékařské etiky 1.díl*. 2. opr. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 2002, 75 s. ISBN 80-210-3017-8.
- 9) MUNZAROVÁ, Marta. *Eutanazie, nebo paliativní péče?*. 1. vyd. Praha: Grada, 2005, 108 s. ISBN 80-247-1025-0.
- 10) O'CONNOR, Margaret, ARANDA, Sanchia et al. *Paliativní péče: pro sestry všech oborů*. 1. české vyd. Překlad Jana Heřmanová. Praha: Grada, 2005, 324 s. ISBN 80-247-1295-4.
- 11) KÜBLER-ROSS, Elisabeth. *O smrti a umírání*. Překlad Jiří Královec . Turnov: Arnika, 1992, 251 s. ISBN 80-900134-6-5
- 12) *Paliativní péče: principy a praxe*. 1. vyd. Editor Sheila Payne, Jane Seymour, Christine Ingleton. Překlad Ivo Lukáš. Brno: Společnost pro odbornou literaturu, 2007, 807 s. Paliativní péče. ISBN 978-808-7029-251.
- 13) RADBRUCH, Lukas a Sheila PAYNE. *Standardy a normy hospicové a paliativní péče v Evropě: doporučení Evropské asociace pro paliativní péči*. Praha: Česká společnost paliativní medicíny, 63 s. ISBN 978-80-904516-1-2.
- 14) PRŮCHA, Jan.; WALTEROVÁ, Eliška.; MAREŠ, Jiří. *Pedagogický slovník*. 4. rozšířené a aktualizované vydání. Praha : Portál, 2003. 322 s. ISBN 80-7178-579-2.
- 15) SKÁLA, Bohumil et al. *Paliativní péče o pacienty v terminálním stádiu nemoci*:

*doporučený diagnostický a léčebný postup pro všeobecné praktické lékaře*. Praha: 2005, Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP, 2005, 10 s. Doporučené postupy pro praktické lékaře. ISBN 80-86998-03-7.

16) SLÁMA, Ondřej, Ladislav KABELKA, Jiří VORLÍČEK et al. *Paliativní medicína pro praxi*. 1. vyd. Praha: Galén, 2007. ISBN 978-807-2625-055.

17) SLÁMA, Ondřej a Štěpán ŠPINKA. *Koncepce paliativní péče v ČR: pracovní materiál k odborné a veřejné diskusi*. Praha: Cesta domů, 2004, 43 s. ISBN 80-239-4330-8.

18) SVATOŠOVÁ, Marie. *Hospice a umění doprovázet*. 7., dopl. vyd. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 2011, 149 s. ISBN 978-807-1955-801.

19) ŠPINKOVÁ, Martina. *Jak být na blízku: provázení posledními dny a týdny života*, Praha: Cesta domů, 2005, 28 s.

20) VAŇÁSEK, Jaroslav, Kateřina ČERMÁKOVÁ a Iveta KOLÁŘOVÁ. *Paliativní péče v onkologii*. Vyd. 1. Pardubice: Univerzita Pardubice, 2013, 61 s. ISBN 978-80-7395-586-1.

21) VORLÍČEK, Jiří, Zdeněk ADAM, Yvona POSPÍŠILOVÁ a kol. *Paliativní medicína*. 2., přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada-Avicenum, 2004, 537 s., [4] s. barev. obr. příl. ISBN 80-247-0279-7.

### **Informační zdroje:**

1) *Co je paliativní léčba, péče a medicína?*. [Http://www.hospice.cz/](http://www.hospice.cz/) [online]. 2010 [cit. 2013-11-02]. Dostupné z: <http://www.hospice.cz/otazky-a-odpovedi/co-je-paliativni-lecba-pece-a-medicina/>

2) FILEC, Václav. *Hospicová péče v České republice*. [Http://www.hospice.cz/](http://www.hospice.cz/) [online]. 2000 [cit. 2014-03-03]. Dostupné z: <http://www.hospice.cz/wp-content/uploads/oldhosp/hospiccr.html>

3) MIKUDIMOVÁ, Pavla. *Lidská důstojnost a umírání* [online]. Brno, 2008 [cit. 2014-04-20]. Bakalářská práce. Masarykova univerzita. Vedoucí práce Olga Černá. Dostupné z: [:http://is.muni.cz/th/176593/lf\\_b/BP-text\\_prace.pdf](http://is.muni.cz/th/176593/lf_b/BP-text_prace.pdf).

4) OPOČENSKÝ, Martin. *Paliativní péče v ČR*. [Http://www.medop.cz](http://www.medop.cz) [online]. 2010 [cit.2014-03-03]. Dostupné z: <http://www.medop.cz/nemocnice/paliativni-pece-v-cr>

5) *Pražská charta- výzva vládám, aby mírnily utrpení nevyléčitelně nemocných uznaly přístup k paliativní péči jako lidské právo*. [Http://www.paliativnimedicina.cz](http://www.paliativnimedicina.cz) [online]. 2013 [cit. 2013-11-2]. Dostupné z:

[http://www.paliativnimedicina.cz/sites/www.paliativnimedicina.cz/files/users/simicek/the\\_prague\\_charter\\_2013\\_cz.pdf](http://www.paliativnimedicina.cz/sites/www.paliativnimedicina.cz/files/users/simicek/the_prague_charter_2013_cz.pdf)

6) Recommendation Rec (2003) 24 of the Committee of Ministers to member states on the organisation of palliative care [online]. 2003 [cit. 2014-02-11]. Dostupné z: <http://www.eapcnet.eu/LinkClick.aspx?fileticket=3KJ5U3BQLVY%3d&tabid=1709>

7) SEPÚLVEDA, Cecilia, Amanda MARLIN, Tokuo YOSHIDA a Andreas ULLRICH. Palliative Care: The World Health Organization's Global Perspective. *Journal of Pain and Symptom Management* [online]. 2002, roč. 24, č. 2, s. 91-96 [cit. 2014-11-20]. Dostupné z: <http://www.hpca.co.za/pdf/publications/Sepulveda.pdf>

8) SLÁMA, Ondřej, Ladislav KABELKA a Martina ŠPINKOVÁ. *Paliativní péče v ČR v roce 2013: Základní epidemiologická data a potřeba paliativní péče v ČR* [Http://www.paliativnimedicina.cz](http://www.paliativnimedicina.cz) [online]. Brno, Praha, 2013 [cit. 2014-03-04]. Dostupné z: <http://www.paliativnimedicina.cz/aktualita/paliativni-pece-v-cr-v-roce-2013>

9) SLÁMA Ondřej, Martina ŠPINKOVÁ, Ladislav KABELKA. *Standardy paliativní péče 2013* [online]. . Praha: Česká společnost paliativní medicíny, 2013, 17s. [cit. 2014-11-20]. Dostupné z: [http://www.paliativnimedicina.cz/sites/www.paliativnimedicina.cz/files/users/simicek/spp\\_2013\\_def.pdf](http://www.paliativnimedicina.cz/sites/www.paliativnimedicina.cz/files/users/simicek/spp_2013_def.pdf)

10) SLÁMA, Ondřej. Paliativní a hospicová péče v ČR a v Evropě. *Klinická onkologie* [online]. 2009, roč. 22, č. 4, s. 183-185 [cit. 2014-04-20]. Dostupné z: <http://www.linkos.cz/files/klinicka-onkologie/151.pdf>

11) Zákon č. 372/ 2011 Sb. O zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, §5 Druhy zdravotní péče. Dostupné z: <http://portal.gov.cz/app/zakony/zakon.jsp?page=0&nr=372~2F2011&rpp=15#seznam>

12) Zákon č. 48/ 1997 Sb. O veřejném zdravotním pojištění, § 22 Zvláštní ambulantní péče, § 22a Zvláštní lůžková péče. Dostupné z: <http://portal.gov.cz/app/zakony/zakon.jsp?page=0&nr=48~2F1997&rpp=15#seznam> 2013

13) Zákon č. 285/ 2002 Sb. O darování, odběrech a transplantacích tkání a orgánů a o změně některých zákonů- transplantační zákon, §10 Přípustnost odběru od zemřelého dárce a náležitosti zjištění smrti. Dostupné z: <http://www.zakonyprolidi.cz/cs/2002-285>

14) ZIMMELOVÁ, Petra a Jana SKALSKÁ. Hospicová péče pohledem klientů. *Kontakt*[online]. 2007, roč. 3, č. 1, s. 112-118 [cit. 2014-04-20]. DOI: 1212-41117. Dostupné z: <http://casopis-zsfju.zsf.jcu.cz/kontakt/administrace/clankyfile/20120327102630901470.pdf>

## **Seznam zkratek**

amp.	ampule
atd.	a tak dále
BMI	body mass index
cap.	kapsle
č.	číslo
ČR	Česká republika
dg.	diagnóza
dx.	dexter- pravý
FN	Fakultní nemocnice
kap.	kapitola
mg	miligram
ml.	mililitr
např.	například
obr.	obrázek
s., str.	strana
sin.	sinister- levý
sir.	sirup
stol.	století
sv.	svatý
TBC	Tuberkulóza
tbl.	tableta
tzn.	To znamená
tzv.	Tak zvaný
WHO	Světová zdravotnická organizace

## Seznam cizích pojmů

algeziologie	medicínský obor zabývající se léčbou bolesti
analgetika	léky proti bolesti
antidepresiva	léky proti depresi
anxiolytika	léky proti úzkosti
bifosfonáty	léky užívané při léčbě kostních onemocnění
bilaterální	oboustranný
empatický	mající pochopení
fraktura	zlomenina
hypogastrium	podbříšek
cholecystektomie	chirurgické odstranění žlučníku
cholecystitida	zánět žlučníku
interpersonální	mezilidský
intra muskular	do svalu
isokorické	stejně velké
koanalgetika	léky ovlivňující vnímání bolesti, bez přímého analgetického účinku
multidisciplinární	víceoborový
perimaleolární	okolo kotníků
perineurální	podél nervů
per os	ústí
propagace	šíření
symptom	příznak
terminální	konečný
ulna	kost loketní

## **Seznam příloh**

- A Přehled lůžkových hospiců v ČR
- B Dietní rada pro udržení perorální výživy při nechutenství, nevolnosti a zvracení
- C Vyšetření krve (Oblastní nemocnice - Urologie 21.1. 2013)
- D Vyšetření fyziologických funkcí při přijetí do hospice (28.1.2013)
- E Barthelův test základních denních činností – ADL

### **Příloha A-Přehled lůžkových hospiců v ČR**

Hospic sv. Štěpána	Litoměřice- Ústecký kraj
Hospic v Mostě	Most- Ústecký kraj
Hospic sv. Lazara	Plzeň- Plzeňský kraj
Hospic sv. Alžběty	Brno- Jihomoravský kraj
Hospic Dobrého Pastýře	Červany- Středočeský kraj
Hospic Anežky České	Červený Kostelec- Králové Hradecký kraj
Hospic Chrudim	Chrudim- Pardubický kraj
Hospic a centrum zdravotních a sociálních služeb	Frýdek- Mýstek- Moravskoslezský kraj
Hospic na Svatém kopečku	Olomouc
Hospic sv. Lukáše	Ostrava- Moravskoslezský kraj
Hospic sv. Jana Nepomuka Neumanna	Prachatice- Jihočeský kraj
Hospic Malovnická	Praha- hlavní město Praha
Hospic Štrasburk	Praha- hlavní město Praha
Dům léčby bolesti s hospicem sv. Josefa	Rajhrad- Jihomoravský kraj
Hospic Citadela	Valašské Meziříčí- Moravskoslezský kraj
Hospic Hvězda	Zlín – Zlínský kraj

Zdroj:

<http://www.cestadomu.cz/cz/adresar.html?categoryId=2&orderBy=label&orderDir=ASC&page=1>



## **Příloha B- Dietní rada pro udržení perorální výživy při nechutenství, nevolnosti a zvracení**

- Jíst po malých porcích 6-8x denně
- Pro příjem výživově hodnotné stravy využít cirkadiálního rytmu kolísání apetitu
- Upravit konzistenci stravy podle typu převažujících obtíží
- Omezit vliv intenzivní vůně teplé stravy při její přípravě i konzumaci
- Nemocný lépe snáší chlazené potraviny a nápoje
- Mléčné výrobky jsou obvykle dobře tolerovány a jsou dostupné
- Výživné koktejly podle receptury
- Doporučovat potraviny bohaté na bílkoviny
- Mít pohotově k dispozici kvalitní přesnídávky
- Podávat pankreatické a jiné enzymy při poruchách trávení
- Nepít při jídle
- Jíst v klidu , pomalu, v sedě, ve společnosti blízkých
- Příjemně upravit prostředí a atraktivně upravit jídlo
- Udržet pravidelnou fyzickou aktivitu přiměřenou stavu nemocného

Zdroj: Sláma et al., 2007, s. 109

**Příloha C- Laboratorní vyšetření krve (Oblastní nemocnice - Urologie 21.1. 2013)**

Tab. č. 1 Biochemické vyšetření krve

<b>Krevní element</b>	<b>Výsledek</b>	<b>Referenční mez</b>
Na	140	135 – 144 mmol/l
K	3,7	3,8 – 5,2 mmol/l
Cl	102	95 – 110 mmol/l
Ca	2,29	2,0 – 2,9 mmol/l
Urea	3,9	1,7 – 8,3 mmol/l
Kretinin	105,5	44 – 110 umol/l
CRP	60,7	<2–8 mg/l
PSA	754	

Tab. č. 2 Hematologické vyšetření krve

<b>Krevní element</b>	<b>Výsledek</b>	<b>Referenční mez</b>
Bazofily	0,3	1±1 %.
Eozinofily	1,7	3±3 %
Leukocyty	8,57	3,8-10,0 × 10 <sup>9</sup> /l
Neutrofilý	68,6	0–85 %
Monocyty	6	1–12 %
Lymfocyty	22	15–50 %
Erytrocyty	5,16	4,3-5,7 × 10 <sup>12</sup> /l
Hemoglobin	132	134-175 g/l
Hematokrit	39,8	38- 49 %
Střední objem erytrocytů	77,2	85-95 fl
Distribuční šíře erytrocytů	13,9	11,5–14,5 %,
Hmotnost hemoglobinu v erytrocytech	25,5	27-32 pg
Koncentrace hemoglobinu v erytrocytech	33	31-37 g/dl
Střední objem trombocytů	9,7	7,8-11,0 fl

Zdroj: dokumentace klienta

**Příloha D- Vyšetření fyziologických funkcí při přijetí do hospice (28.1.2013)**

Tab. č. 3 Fyziologické funkce pana J.

Krevní tlak	Puls	Dech	Tělesná teplota
130/95 mmHg	75 /min	126/min	36,6 °C

Zdroj: Dokumentace klienta

**Příloha E- Barthelův test základních denních činností – ADL**

	<b>Činnost</b>	<b>Provedení činnosti</b>	<b>Bodové skóre*</b>
<b>1.</b>	<b>Příjem potravy a tekutin</b>	samostatně bez pomoci s pomocí neprovede	10 5 0
<b>2.</b>	<b>Oblékání</b>	samostatně bez pomoci s pomocí neprovede	10 5 0
<b>3.</b>	<b>Koupání</b>	samostatně nebo s pomocí neprovede	5 0
<b>4.</b>	<b>Osobní hygiena</b>	samostatně nebo s pomocí neprovede	5 0
<b>5.</b>	<b>Kontinence moči</b>	plně inkontinentní občas inkontinentní trvale inkontinentní	10 5 0
<b>6.</b>	<b>Kontinence stolice</b>	plně inkontinentní občas inkontinentní trvale inkontinentní	10 5 0
<b>7.</b>	<b>Použití WC</b>	samostatně bez pomoci s pomocí neprovede	10 5 0
<b>8.</b>	<b>Přesun lůžko – židle</b>	samostatně bez pomoci s malou pomocí vydrží sedět neprovede	15 10 5 0
<b>9.</b>	<b>Chůze po rovině</b>	samostatně nad 50 m s pomocí 50 m na vozíku 50 m neprovede	15 10 5 0
<b>10.</b>	<b>Chůze po schodech</b>	samostatně bez pomoci s pomocí neprovede	10 5 0
<b>Celkem</b>			

**ADL 4**    0 – 40 bodů    **vysoce závislý**  
**ADL 3**    45 – 60 bodů    **závislost středního stupně**  
**ADL 2**    65 – 95 bodů    **lehká závislost**  
**ADL 1**    96 – 100 bodů    **nezávislý**

Zdroj: <http://ose.zshk.cz/media/p5811.pdf>

**Prohlášení zájemce o nahlédnutí  
do závěrečné práce absolventa studijního programu  
uskutečňovaného na 1. lékařské fakultě Univerzity Karlovy v Praze**

Byl/a jsem seznámen/a se skutečností, že si mohu pořizovat výpisy, opisy nebo kopie závěrečné práce, jsem však povinen/a s nimi nakládat jako s autorským dílem a zachovávat pravidla uvedená v předchozím odstavci.

[illegible]